

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

478

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DE LA

RÉTROFLEXION PRIMITIVE
DE L'UTÉRUS

PAR

Jean DEROYE

Né à Dijon (Côte d'Or) le 13 mars 1879
Interne des Hôpitaux de Paris

Président : M. BAR, Professeur.

PARIS

Librairie Médicale & Scientifique

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

478

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DE LA

RÉTROFLEXION PRIMITIVE
DE L'UTÉRUS

PAR

Jean DEROYE

Né à Dijon (Côte d'Or) le 13 mars 1879.
Interne des Hôpitaux de Paris

Président : M. BAR, Professeur.

PARIS

Librairie Médicale & Scientifique

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1910



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... ^{MM}	M. LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.....	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
	QUENU.
Clinique chirurgicale.....	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
	BAR.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM	MM.	MM.	MM.
AUYRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANCON (Fernand)	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL (Pierre).	LENORMANT.	PROUST.
BROCA (André).	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CLAUDE.	JOUSSET (André).	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBE (Marcel).	MULON.	

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON CHER GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR SEGUIN

A MON PÈRE, LE DOCTEUR DEROYE

qui fut mon premier maître et le sera toujours

A MA MÈRE

A TOUS CEUX QUE J'AFFECTIONNE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554627_0026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BAR

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté

Accoucheur de la Clinique Tarnier

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES PREMIERS MAÎTRES DE DIJON

MM. LES DOCTEURS BROUSSOLLE, COLLETTE, DERUYE,
DUBARD, GAUTRELET, MISSET, E. MORLOT,
PARIZOT, TARNIER, ZIPFEL. — PAUFFARD ET
COTTIN (*in memoriam*)

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat

1902-1903 MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS MARION,
FAURE, MAÛCLAIRE.

1903-1904 M. LE PROFESSEUR A. ROBIN, M. LE DOCTEUR
CLAISSE.

1904-1905 M. LE DOCTEUR LABADIE-LAGRAVE.

Internat provisoire

1905-1906 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HALLOPEAU ; MM.
LES DOCTEURS AVIRAGNET, BARTH,
FELIZET (*in memoriam*)

Internat

1906-1907 MM. LES DOCTEURS BOURNEVILLE (*in memo-*
riam), DANLOS

1907-1908 M. LE DOCTEUR A. SIREDEY

1908-1909 M. LE DOCTEUR LABADIE-LAGRAVE.

1909-1910 MM. LES DOCTEURS TISSIER, HUCHARD ;
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL
LABBÉ.

MM. LES DOCTEURS FREDET, HUDELO, GARNIER, de
GRANDMAISON

A M. LE DOCTEUR V. VEAU

dont nous n'oublierons jamais l'affectueux soutien.

INTRODUCTION

Quand on parcourt, dans la plupart des ouvrages de gynécologie modernes les longues et minutieuses descriptions des déviations de l'utérus en arrière, on trouve en général une étude en bloc des rétrodéviations ; il semble même qu'on tende de plus en plus à réunir sous un même chapitre rétroflexion et rétroversion ; en tous cas, on leur donne une étiologie commune : l'infection, et tout particulièrement l'infection puerpérale ; *ce sont en somme des rétrodéviations secondaires*. La plupart des auteurs ne parlent pas de rétroflexions primitives ; quelques-uns la signalent sans la détailler.

Or pendant notre année d'internat dans le service de M. le Docteur A. Siredey, nous avons été frappé par la fréquence relative d'un type spécial sur lequel notre maître insistait volontiers ; type qu'on peut rapprocher de l'antéflexion congénitale et qui se différencie nettement des rétrodéviations secondaires tant au point de vue anatomique qu'au point clinique. Il nous a paru intéressant de mettre en relief cette individualité en quelque sorte de la rétroflexion primitive ; mais il nous faut auparavant dire la reconnaissance que nous ne saurons jamais assez manifester à notre maître, M. le Docteur A. Siredey, pour ses excellents conseils et pour l'affectueuse bienveillance qu'il nous a toujours manifestée.

Cette question des rétrodéviations primitives n'est d'ailleurs pas nouvelle. Barnes, dans son traité clinique des maladies des femmes, écrivait en 1876 : « On a longtemps et vivement discuté — je ne sais même pas si cette controverse a pris fin. — la question de savoir si c'était le déplacement qui causait l'engorgement et l'inflammation ou réciproquement. Une école soutenait que le déplacement amène l'engorgement, l'autre école soutenait que

l'engorgement cause le déplacement. Les deux avaient raison ; mais toutes deux ont omis un troisième chapitre de l'histoire des déplacements, celui de la fréquence des flexions et des versions utérines congénitales » Et il ajoute : « Une longue observation m'a amené à conclure que les malpositions sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement ».

Il semble que depuis on ait franchement tranché la question en faveur de l'infection : l'infection puerpérale surtout et dont le rôle n'est certes pas niable dans la pathogénie des déviations utérines et particulièrement dans celle des rétrodéviations ; — infection gonococcique, chez les femmes qui n'avaient eu ni enfant, ni fausse couche ; — et même chez les vierges, on invoque encore le gonocoque ou une infection quelconque ayant déterminé une métrite virginale.

Actuellement d'ailleurs, il y a tendance à s'élever contre cette théorie qui voit l'infection comme cause nécessaire de rétrodéviations utérines. C'est ainsi pour ne citer que quelques auteurs, que Richelot s'élève contre ceux qui « de parti pris », veulent assigner une cause commune à toutes les rétrodéviations « l'infection, sous forme de métrite puerpérale, métrite virginale, métrite n'importe laquelle » ; que de Bovis proteste, « contre la tendance de certains médecins à considérer les organes génitaux de la jeune fille comme généralement normaux et à mettre au compte de la vie conjugale ou de la puerpéralité la plupart des altérations dont l'utérus peut être victime » — Pour notre maître M. le Docteur Siredey : « dans nombre de cas, les déviations de l'utérus apparaissent d'emblée, dès le jeune âge, en dehors de tout processus inflammatoire ou infectieux ».

Notre but est donc de montrer quelles peuvent être, suivant les différents auteurs, les causes de ces rétrodéviations primitives, les troubles qu'elles entraînent souvent chez la jeune fille au moment ou peu après l'instauration de la puberté, ceux qu'elles peuvent produire dans les débuts du mariage et enfin le rôle important qu'elles peuvent jouer dans la stérilité.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étude de l'étiologie de ces rétrodéviations primitives, c'est-à-dire survenant en dehors de toute infection, comporte l'examen de facteurs multiples dont le nombre s'explique par la mobilité relative dont jouit un utérus normal et par l'influence qu'ont, sur sa situation, tous les organes avoisinants. C'est ainsi que nous serons amené à passer successivement en revue : le rôle d'un développement vicieux de l'utérus, soit pendant la vie intra-utérine, soit au moment de la puberté ; puis les divers facteurs des troubles de la statique utérine, et que nous terminerons par l'étude des causes qui peuvent favoriser l'apparition d'une rétro-déviatiou et expliquer sa persistance une fois qu'elle est produite.

Rétrodéviations congénitales ou puériles

Si dans la plupart des ouvrages de gynécologie on trouve longuement décrite une antéflexion congénitale, on est par contre frappé, quand on arrive au chapitre des rétrodéviations, de voir ou bien qu'on mentionne comme très rares les rétrodéviations congénitales ou bien qu'on n'en parle pas du tout.

Elles sont cependant admises par la plupart des anciens auteurs classiques : Mme Boivin et Dugès, Huguier, Velpeau, Paul Dubois, Barnes ; plus récemment Martin, Schröder, Küstner, Graily Hewitt, Pierre Delbet, adoptant l'opinion de Rüge, Martin signale leur possibilité, bien que personnellement il n'en ait pas rencontré sur des coupes de fœtus ou d'enfants nouveaux-nés.

L'existence de ces rétrodéviations congénitales est d'ailleurs prouvée par les *statistiques* ; il est vrai que la plupart de ces statistiques portant sur la situation de l'utérus chez les fœtus ou les petites filles en bas âge, remontent au moment où l'on discutait sur la position de l'utérus et où l'on arriva à la conclusion que chez la femme normale il est en antéversoflexion légère.

Boullard dans la thèse qu'il soutint en 1853 et où il concluait que la disposition normale de l'utérus avant la grossesse était l'antéflexion, sur 57 fœtus à terme et 4 avant terme ne trouve que 2 rétroflexions.

Par contre, Lorain (registre des autopsies faites en 1853 à la Maternité) sur 25 fœtus, trouve également 2 rétroflexions.

Depaul (rapport à l'Académie, 1854) sur 42 enfants morts-nés ou ayant succombé peu après la naissance signale 1 rétroflexion.

Goupil (Hôpital des Enfants 1854) sur 30 enfants, rencontre 5 rétroflexions et 4 rétroversions.

Lala (thèse de Paris 1857) cite comme ayant trouvé une rétroflexion :

Föllin, chez une fillette n'ayant pas vécu.

Giraldès chez un enfant de six mois.

Velpeau, chez deux petites filles, l'une de 2 ans, l'autre de 7 ans.

Soudry (cité par Aran dans ses leçons sur les maladies de l'utérus 1858) sur 71 petites filles de moins de 16 ans, trouve 13 rétroversions, 2 rétroflexions et 2 rétroversions avec antéflexion.

Gaillard Thomas (Traité des maladies des femmes 1879) rapporte comme ayant trouvé des rétroflexions congénitales ;

Mme Boivin et Dugès : deux.

Déville : une.

Bell : une chez une petite fille très jeune.

Pourtant, malgré ces statistiques, d'autres auteurs, Schultze notamment, admettent que c'est toujours *au moment de la puberté* que se manifeste le vice d'évolution de l'utérus et c'est ainsi que Schultze écrit : « La congénitalité de ces affections, admise antrefois, est fort contestable aujourd'hui ; le corps de l'utérus de l'enfant, petit et mou, dont la flexibilité est encore constatable sur l'utérus rigide du cadavre, subit naturellement pendant la vie et après la mort l'action des influences extérieures, bien plus facilement que l'utérus adulte, et impose la plus grande précaution à celui qui fait l'examen nécroscopique, afin de ne pas altérer la position et la forme qu'il avait pendant la vie ».

A cette objection, Goupil répondait par avance quand il faisait suivre sa statistique de ces réflexions :

« J'attribue peu de valeur à la fréquence de la rétroversion qui peut bien n'être qu'un résultat cadavérique, tandis que la flexion est un phénomène qui ne varie pas, quelle que position qu'on donne au sujet et qui persiste même après qu'on a extrait l'utérus. »

C'est en somme le désaccord entre les auteurs sur le moment où apparaît la déviation; et, comme le dit Pierre Delbet, on ne s'entend pas du tout sur le mot *congénital*. Pour les uns, une déviation congénitale serait la persistance d'un état normal chez le fœtus ; une déviation puérile ou infantile, celle qui ne se forme qu'au moment de la puberté. — Pour les autres, on peut englober sous le même terme de congénital, les deux espèces de déviations. Et il semble bien que pratiquement ces derniers aient raison et nous partageons l'opinion de Lacroix qui, en 1876, dans sa thèse écrivait : « Faut-il ranger au nombre des déviations acquises, ces déviations spontanées de la puberté qui ne reconnaissent d'autre cause qu'une modification dans le développement de l'appareil génital ? Nous ne le croyons pas. La plupart des anomalies congénitales résultent d'une irrégularité de développement ; or, tous les organes de la vie de nutrition et de relation parcourent pendant la période intra-utérine de l'existence toutes les phases de leur développement morphologique ; il en résulte que leurs vices de conformation sont complètement constitués à la naissance. Mais il ne pourrait en être de même de l'appareil génital qui n'acquiert son développement complet qu'à une époque plus éloignée. Aussi en raison de l'identité d'origine donnerons-nous le nom de congénitales à ces déviations utérines survenant spontanément à l'époque de la puberté ».

Cette opinion est d'ailleurs celle de Courty : « Les flexions congénitales sont celles qui préexistent à la naissance et celles qui surviennent à l'époque de l'évolution utérine par l'inégalité de développement ou l'imperfection de formation histologique dont la matrice peut alors se trouver atteinte ».

Cette façon de comprendre le mot congénital va d'ailleurs avec

la clinique puisque ce n'est qu'au moment de la puberté que ces déviations pourront manifester leur existence.

Quelles sont donc les causes qui permettent d'expliquer ces rétrodéviations ? Il nous a paru plus clair de les passer successivement en revue en montrant comment les interprétaient dans leur mécanisme les différents auteurs ; mais disons dès maintenant que bien souvent elles sont associées pour contribuer, en tout ou en partie, à la production de la déviation.

Inégalité de développement ou différence de nutrition d'une paroi.

Ce facteur de déviation est un de ceux qui a été invoqué depuis le plus longtemps. Pour Mme Boivin et Dugès « la rapidité avec laquelle la matrice se développe vers l'âge de 12 à 14 ans explique mieux comment un *développement plus complet d'un côté que de l'autre* a pu amener une incurvation en quelque sorte organique ». Cusco, Kiwisch, Valleix admettent également, comme cause d'inflexion, le développement plus rapide d'une des parois utérines au moment de la puberté.

Par contre, Courty invoque surtout un *défaut d'organisation dans le tissu qui se forme*, une atrophie d'une des parois. Mais tandis que Rokitansky regarde cette atrophie comme cause de flexion, Virchow prétend qu'elle en est le résultat. Gaillard Thomas pense qu'au développement excessif d'une des parois vient presque toujours s'ajouter une atrophie de la paroi opposée qui facilite encore la production de l'inflexion. Pour Schutze, cette atrophie ne serait pas très fréquente, car elle irait avec l'irréductibilité de la flexion alors qu'ordinairement un utérus rétrofléchi réduit devient par exemple facilement un utérus antéfléchi. L'atrophie ne s'expliquerait guère dans ces cas.

Donc exagération d'une des parois pour les uns, défaut d'organisation au contraire pour les autres, mais en tous cas, pour la plupart, trouble qui se manifeste au moment où l'utérus devient pubescent.

Mentionnons encore l'opinion plus récente d'Hertoghe (d'An-

vers) pour qui la rétroflexion, si fréquente dans l'hypothyroïdie, serait due à un manque de développement de la paroi postérieure de l'utérus, lequel s'infléchit sous la poussée de la paroi antérieure. Ce manque de développement serait *d'origine dysthyroïdienne*.

Atonie, manque de consistance de l'utérus.

Le rôle joué par l'atonie de l'utérus dans les déviations varie suivant la conception que se font les auteurs de la flexibilité de l'utérus de la petite fille. Tandis que pour les uns, chez la petite fille, on peut trouver le corps de l'utérus dans toutes les positions, à cause de son peu d'épaisseur et de sa flexibilité, pour Aran, l'atonie utérine est due à « une sorte d'arrêt de développement qui ne permet pas aux parois utérines d'acquérir une consistance et une rigidité convenables pour se redresser. » Schultze fait observer également qu'à l'état normal, la flexibilité de l'utérus est bien plus considérable qu'on ne l'admet généralement surtout sur l'utérus vivant ; de plus l'utérus de l'enfant est plus flexible que celui de la jeune fille et un développement tardif de l'organe, restant infantile au moment où il devrait devenir adulte, entraîne une flaccidité anormale de l'utérus qui prédispose à la flexion.

Pour Schröder, le ramollissement des parois utérines peut n'exister qu'*au niveau de l'isthme*, et Courty pense même que la minceur et la faiblesse de l'isthme, relativement au col qui est bien fixé et au corps qui est libre, suffisent à expliquer la possibilité de la flexion. Tout récemment, Macrez, étudiant l'influence de la tonicité utéropelvienne sur les déviations utérines, fait jouer un grand rôle à la disparition de cette tonicité, surtout par ce fait qu'elle prédomine au point faible de l'utérus qui est l'isthme.

La cause de cette atonie résulte, nous venons de le voir, pour certains d'un arrêt de développement ou plutôt d'une prolongation de l'état infantile de l'utérus. Mais on a invoqué des causes plus générales comme l'anémie, la chlorose (Kivisch), le neuroarthritisme, l'onanisme même (Fritsch 1898).

Enfin Graily Hewitt (1887) a décrit une modification anatomique de la matrice qui apparaît quelquefois vers l'âge de la puberté, surtout chez les jeunes filles qui ont une alimentation insuffisante : les tissus utérins sont mous, mais cette mollesse n'est pas d'origine inflammatoire ; l'organe est très flexible et il existe en général une flexion marquée. Cette altération anatomique de l'utérus doit être pour Graily Hewitt considérée comme un facteur important dans la production des flexions utérines.

Par opposition à cette atonie du muscle utérin, nous devons rapporter l'opinion de certains auteurs qui admettent au contraire une *contracture* de la fibre musculaire localisée à une paroi. C'est ainsi que Landowsky, étudiant la conicité du col dans ses rapports avec la stérilité, note la fréquence de la flexion : pour lui, cette flexion serait due à la contracture des fibres antérieures ou postérieures de l'utérus et est remarquable par la dureté de tous les tissus de l'organe. — Le Dentu, à propos du cas « d'une jeune femme chez qui au premier examen il avait diagnostiqué une rétroflexion, au second examen une antéflexion très accusée, jeune femme qui n'avait eu ni grossesse, ni fausse couche et a été à peine mariée (2 ou 3 jours seulement), n'a pas de métrite », se demande, comme cette jeune femme est très nerveuse, « si les flexions utérines, chez elle, ne peuvent être rapportées à une contracture partielle du muscle utérin ».

Longueur excessive du col.

La longueur du col, comme persistance de l'état infantile, peut produire soit une *rétroversion*, soit une rétroflexion.

Pour Emmet, ce col trop long peut être poussé en avant dans le vagin, dans la direction qui offre le moins de résistance et il s'ensuit une rétroversion ; c'est là un résultat mécanique et dû à une cause congénitale. — Marion Sims donne également une interprétation à peu près analogue, « si le col a plus d'un pouce, le corps de l'utérus sera presque nécessairement rejeté en arrière,

parce que le col en se projetant si loin ne peut s'accomoder à la paroi opposée du vagin qu'en prenant la direction de son axe.»

Schultze ne fait pas jouer un rôle aussi important à la longueur de la portion vaginale du col dans la genèse de la rétroversion ; c'est pour lui une cause qui favorise la stabilité de la rétroversion, et souvent dans ces cas l'utérus rétroversé reste en antéflexion normale ; il ajoute pourtant qu'on constate parfois l'existence d'une rétroversion persistante qui sera immédiatement guérie par le raccourcissement opératoire de la portion cervicale.

Si la longueur excessive du col est capable de produire la rétroversion, elle est également admise comme cause de *rétroflexion*. C'est ainsi qu'Emmet parlant des flexions qui se produisent dans le col vers l'âge de la puberté et qui surviennent au niveau ou immédiatement au-dessous de la jonction du vagin explique que le col, ayant un volume hors de proportion avec la capacité du vagin, doit se plier sur lui-même et former une flexion ; — ou bien, le col se trouvant dans l'axe du vagin, le fond de l'utérus se renversera dans la concavité du sacrum. C'est le diamètre ou la puissance de résistance du col qui déterminera la forme de la flexion. — Toutefois pour Marion Sims, quand le corps utérin ne se place pas en rétroversion et reste en position normale, la flexion se produit plus souvent en avant qu'en arrière.

Enfin, il nous faut signaler encore, à côté de cette longueur excessive portant sur tout le col, l'opinion d'Abeille ; il a décrit « une élongation hypertrophique du col qui peut ne porter que sur la moitié de l'organe en largeur comme elle peut n'atteindre qu'une moitié en longueur. Quand la moitié antérieure ou postérieure du col est hypertrophiée, l'autre moitié reste saine ; celle-ci attire à elle la partie hypertrophiée qui s'incurve à force de tractions répétées sur elle. Si les parties correspondantes du globe et du col conservent toute leur contractilité, elles exercent une action centripète plus ou moins continue qui finit par amener une inflexion telle que la partie saine du col vient s'appliquer sur la partie saine du globe et tout l'organe ainsi infléchi prend l'aspect d'un colimaçon ».

Insertion vicieuse du col sur le vagin.

C'est Schultze qui a surtout insisté sur cette cause. Pierre Delbet la donne comme cause de rétroflexion infantile : « l'altération primitive serait une insertion vicieuse du col sur le vagin, telle que les deux organes ne puissent se fléchir l'un sur l'autre. Le résultat de cette disposition est variable : quand le bassin s'élargit et que le vagin s'abaisse pour se rapprocher de l'horizontal, ou bien le corps se place en antéflexion exagérée, ou bien, si l'utérus n'est pas suffisamment flexible, le corps reste comme le col, dans l'axe du vagin, se place par conséquent en rétroversion et subit en plus l'influence de causes adjuvantes : vessie, poids des anses grêles, etc.

Eramet fait également jouer un rôle très important à la façon dont le vagin se termine autour du col ; il n'y a pas de cul-de-sac postérieur et cette disposition coïncide ordinairement avec un vagin mal développé en longueur et en largeur et avec un col anormalement long, conditions qui toutes contribuent à favoriser la déviation en arrière du corps utérin.

Brièveté du vagin et particulièrement de la paroi antérieure.

Pour la plupart des auteurs qui admettent cette cause de rétro-déviation, le raccourcissement congénital de la paroi antérieure du vagin rend inévitable la rétroversion de l'utérus quand la vessie se remplit, alors qu'à l'état normal elle ne fait que repousser l'utérus en arrière. La stabilité de cette rétroversion ou de cette rétroflexion est plus facilement produite dans ces conditions anatomiques qu'à l'état normal, d'autant plus qu'il s'y joint la raideur du vagin, la longueur du col. C'est là l'opinion de Schultze, acceptée d'ailleurs par Howard, E. Kelly, Küstner, Brown, Olshausen.

Pour Lehr, la brièveté du vagin favorise la rétroversion surtout en exerçant une traction sur le col.

Rosenthal pense que, quand il y a raccourcissement de la paroi vaginale antérieure, la rétrodéviatiou se produit surtout parce que la vessie s'insère très bas sur l'utérus et ramène le col en avant à mesure que celle-ci se remplit.

On a enfin encore invoqué d'autres causes, toujours du même ordre. Parrical de Chammard, dans sa thèse, rapporte l'opinion de Rokitansky, de Smith, d'après qui la rétroversion peut être causée par une *trop petite inclinaison du bassin* : « Si l'axe du bassin se rapproche de celui des animaux, de telle sorte que l'axe du détroit supérieur soit parallèle à la colonne vertébrale, la pression des intestins saisira l'utérus par devant et rejettera le fond en arrière ».

Plus récemment, l'*insuffisante descente des ovaires* est signalée comme cause possible de rétrodéviatiou par Schultz, Küstner, Sellheim.

Toutes ces causes peuvent être considérées comme facteur de rétrodéviations congénitales ou puériles et sont liées à des altérations plus ou moins prononcées dans l'évolution des organes génitaux. D'ailleurs, la plupart des auteurs qui signalent l'existence de ces rétrodéviations congénitales mentionnent que, le plus souvent dans ces cas, l'utérus est resté petit, infantile.

Quels sont donc les rapports qui peuvent exister entre les rétrodéviations primitives et cette hypoplasie utérine ?

Hypoplasie utérine.

Cette hypoplasie utérine a été surtout étudiée, au point de vue qui nous intéresse, en Allemagne, par Freund, Schultz, Sellheim, Mayer. Les auteurs français qui en parlent admettent que, quand il est dévié, l'utérus hypoplasé est presque toujours en antéflexion (Pierre Delbet, Pozzi). Or M. de Bovis dans un article récent, rapporte la statistique suivante : sur 120 observations d'utérus hypoplasés qu'il a pu réunir, il a trouvé 86 cas où la position de l'utérus était mentionnée ; 24 de ces utérus étaient en antédeviation, 32 en rétrodeviation, les 10 autres en position normale ou

déviés latéralement. Il cite l'opinion de Sellheim qui explique la fréquence de la rétrodéviations dans ces cas par l'insuffisante descente des ovaires, et conclut : « pour toutes ces raisons, nous pensons que les rétrodéviations, voir le prolapsus qui l'accompagne si volontiers, avec hypertrophie de la lèvre antérieure du col, sont les particularités qui se rencontrent le plus souvent avec les utérus hypoplasés ; ne viennent qu'en seconde ligne les antédévations ».

Quant à la cause véritable de cette hypoplasie, il est évident « qu'elle se dérobe derrière le mystère du développement intra ou extra utérin. Mais on a signalé quelques concomitances pathologiques qui peuvent servir à orienter nos conceptions pathogéniques ». (De Bovis).

Il en est ainsi de la *scrofule*, du *rachitisme*.

La *tuberculose héréditaire* semble pouvoir être plus justement incriminée ; Hegar, sur 19 malades, constate 9 fois des antécédents de tuberculose ; Mayer 23 fois sur 60 malades ; Ferrari, 2 fois sur 18 cas. De plus, on a constaté assez fréquemment des lésions tuberculeuses acquises chez des femmes ayant des utérus hypoplasés.

De la tuberculose héréditaire il faut rapprocher la *syphilis héréditaire*, et Fournier, dans sa thèse sur les stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis, rapporte plusieurs observations de jeunes filles non réglées ou mal réglées à un âge relativement avancé et chez qui l'examen local, fait par exemple comme pour une de ses observations personnelles à l'occasion d'une demande en mariage, fit constater un utérus rudimentaire ou très peu développé.

De ces causes de déformation utérine congénitale, tenant à l'infériorité des parents, il faut rapprocher l'*alcoolisme* des ascendants.

L'influence de la *chlorose*, mise en cause par Virchow, von Scanzoni, Mayer est niée par Ferrari, Hegar.

Pozzi invoque une prédisposition d'origine obscure et au lieu de considérer l'hypoplasie comme dépendant de chlorose, de tuberculose, pense que l'inverse est plus exact : « les femmes atteintes de cette malformation ont un système nerveux plus ou

moins altéré et une nutrition générale très précaire par le fait de la lésion génitale » Gauvillier l'Hardy parmi les trois variétés de chlorose ménorrhagique qu'il admet dans sa thèse, en décrit une liée à l'hypoplasie ; les ménorrhagies, dans ces cas, dépendraient de la sténose du col qui, nous le verrons est si fréquemment associée à la rétrodéviatiou congénitale ; cette sténose, entraînant la stagnation du sang et du mucus à l'intérieur de la cavité utérine, favorise l'infection ascendante, d'où métrite virginale et consécutivement ménorrhagie.

Mais comme le fait remarquer Netter, dans sa thèse, c'est plutôt là une anémie symptomatique et on peut bien admettre « que l'évolution pubère peut modifier le tableau symptomatique de la maladie, y créer des types ; mais il faut reconnaître que l'infantilisme génital est inconstant, à côté de la lésion hématique constante ; il ne constitue qu'un stigmate du vice de développement. » — C'est à des constatations analogues que sont arrivés récemment Sabrazès et Muratel qui ont rapporté trois observations de vierges à utérus infantile, petites, mais bien constituées et chez qui l'examen du sang a montré plutôt une hyperglobulie.

Assez fréquemment enfin, on a signalé la coexistence d'hypoplasie et de *psychonévrosés* (hystérie, épilepsie, idiotie, chorée).

« Mais il faut dire aussi que dans une bonne moitié des cas, la constitution paraît excellente et l'anamnèse est muette » (De Bovis). C'est alors qu'on pourrait avec Sellheim invoquer le rôle joué par les maladies infectieuses répétées quand elles se succèdent à la prépuberté, ou encore des causes plus spéciales, comme l'influence de l'ovaire ou du corps thyroïde sur la nutrition de l'utérus.

Sokoloff (1896), d'expériences sur les chiennes, conclut que c'est dans l'ovaire lui-même que se trouve le centre nerveux régulateur de la nutrition de l'utérus. La castration, faisant disparaître ce centre, amène la dégénérescence atrophique de la fibre musculaire utérine. — Loukaskewitch (1901) arrive aux mêmes conclusions et constate que, chez les animaux castrés, l'utérus est petit, flasque, à parois très minces ; au microscope les fibres

musculaires sont presque complètement défaut et le tissu conjonctif prédomine.

Fränkcl (1904), dans un important travail, est allé plus loin et croit pouvoir considérer le *corps jaune* comme une glande à sécrétion interne qui a pour but d'imprimer périodiquement à l'utérus une impulsion nutritive qui l'empêche de retourner à l'état infantile ou d'arriver prématurément à l'état sénile.

— Le Lorier, dans sa thèse, fait jouer un grand rôle à cette diminution de l'action trophique de la sécrétion interne du corps jaune dans la persistance du type d'utérus pubescent chez les jeunes filles dont la menstruation est peu abondante et irrégulière.

Mais nous verrons qu'avec un utérus très peu développé, on peut trouver des ovaires normaux ; il est pourtant nécessaire de dire dès maintenant que, très fréquemment si les ovaires semblent normalement développés, on trouve des altérations à leur niveau notamment *l'ovarite scléro-kystique*. Dupont tout récemment dans sa thèse (Paris 1909, insiste longuement sur la coexistence fréquente de la déviation en arrière de l'utérus et de l'ovarite scléro-kystique, et se basant tant sur des preuves expérimentales que sur des preuves cliniques montre que tantôt c'est l'utérus qui en se déviant entraîne l'ovaire, tantôt c'est au contraire l'ovaire, gros et alourdi, qui amorce en quelque sorte la rétrodéviation. La plupart de ces lésions ovariennes seraient d'ailleurs pour A. Siredey, comme la lésion utérine elle-même, liées à un développement défectueux et incomplet des organes génitaux internes.

De cette action de l'ovaire sur la nutrition utérine, on peut rapprocher celle du *corps thyroïde*.

Pour Fischer (Vienne 1895) l'insuffisance ou les troubles fonctionnels du corps thyroïde s'accompagnent souvent d'atrophie des organes génitaux.

Hertoghe (d'Anvers) dans un mémoire sur l'hypothyroïdie bénigne chronique, écrit à propos de jeunes filles dysménorrhéiques atteintes de myxœdème atténué : « on sera étonné si l'on se donne la peine de toucher, de trouver dans beaucoup de cas la matrice en rétroflexion. La rétroflexion, si fréquente dans l'hypothyroïdie est due d'après moi à un manque de développement de la paroi

postérieure de l'utérus laquelle s'infléchit sous la poussée de la paroi antérieure. Ce manque de développement est d'origine dysthyroïdienne. »

Dalché qui rapporte cette hypothèse fait remarquer combien elle peut être intéressante au point de vue de ses conséquences thérapeutiques.

Tels sont les principaux facteurs qui peuvent expliquer la production des rétrodéviations qui se manifestent cliniquement au moment de la puberté et qui constituent le groupe des rétrodéviations congénitales ou puériles. Mais en dehors de ces dernières, il peut apparaître plus tard chez des jeunes filles ou des nullipares des rétrodéviations qui surviennent en dehors de toute infection, qui sont bien primitives : il nous reste à voir comment on peut expliquer leur production.

Rétrodéviations primitives non congénitales

La pathogénie de ces rétrodéviations se confond d'ailleurs en partie avec celle des rétrodéviations en général ; elle incrimine surtout les troubles de la statique utérine. Il nous reste donc à voir comment on explique la production de ces rétrodéviations tout d'abord par l'influence qu'ont sur l'utérus : non seulement les deux organes qui en sont les plus rapprochés : la vessie et le rectum, mais encore tout le coussinet intestinal qui transmet à la matrice les variations de la pression abdominale ; ceci nous amènera à dire quelques mots du rôle de l'insuffisance des moyens de fixité de l'utérus, et aussi des modifications de l'état général de la malade qui peuvent prédisposer à cette insuffisance ; enfin, nous terminerons en étudiant brièvement : d'abord quelques causes locales invoquées à tort ou à raison par certains auteurs comme facteurs de déviation de l'utérus en arrière, puis les modifications qui, de passagères tendent à rendre permanentes ces rétrodéviations.

Influence de la vessie.

Sappey pensait qu'une vessie pleine peut reporter l'utérus jusque dans un état de rétroversion complète ; on tend plutôt actuellement à admettre qu'à l'état normal la vessie, en se distendant, repousse seulement l'utérus en arrière.

Pourtant Schultze, expérimentant au cours d'interventions sur l'abdomen, constate que si l'on emplit la vessie d'une femme de 300 grammes de liquide et qu'on vide, l'utérus revient aussitôt en antéversoflexion, si l'on injecte le double dans la vessie, l'utérus ne reprend sa situation que lentement et incomplètement ; si bien qu'il conclut que l'habitude de retenir l'urine au delà du moment où le besoin d'uriner se fait sentir, peut avoir pour effet de mettre l'utérus en rétroflexion. — C'est encore l'opinion de Fritsch (1898) pour qui la rétention habituelle de l'urine durant des heures a de l'importance au point de vue étiologique de la rétroflexion chez les vierges.

Mais la plupart des auteurs admettent le rôle de la vessie surtout comme cause prédisposante ; pour que son effet soit marqué et surtout persistant, il faut qu'à cette cause s'en joigne une autre : longueur excessive du col et surtout brièveté de la paroi antérieure du vagin.

Quoiqu'il en soit, pour la plupart le réservoir urinaire rejette en arrière le fond de l'utérus *en appuyant sur sa face antérieure* ; à cette action, certains joignent une *attraction du col en haut* et en avant ; cette attraction résulterait de l'insertion sur la face antérieure du col du repli péritonéal vésico-utérin, repli qui est entraîné en haut par suite de la distension vésicale.

Enfin Sielski (1898), qui admet également la nécessité d'un vagin court à la suite d'arrêt infantile de développement insiste sur la coaptation immédiate qui se produit entre la séreuse de la paroi postérieure de l'utérus et celle de la paroi postérieure du bassin quand la vessie a refoulé l'utérus en arrière ; cette *force adhésive par contact*, qui joue pour lui un rôle considérable dans

la genèse des déviations utérines, pourrait même se terminer par formation d'adhérences.

Influence de la constipation.

Admise par nombre d'auteurs (Mme Boivin et Dugès, Simpson, plus récemment Fisher, Fritsch) comme jouant un rôle dans la pathogénie des rétrodéviations utérines, son action est, comme la plupart des autres facteurs, diversement expliquée par les auteurs.

Beaucoup, comme Brown, n'y voient qu'une cause prédisposante à la rétrodévation chez les vierges.

Pour d'autres, la réplétion habituelle du rectum peut exercer une pression directement sur le col, le repousser en avant et produire une flexion à l'union du corps et du col. C'est un rôle *mécanique* agissant directement sur l'utérus.

Schultze, Schröder donnent une autre interprétation : le rectum distendu exerce une tension excessive et continue sur les plis de Douglas dont l'élasticité et la contractilité peuvent diminuer ou même disparaître complètement.

Ce *relâchement des ligaments* serait plutôt dû pour Noble (1893) à la congestion qu'entraîne la constipation dans tous les organes du petit bassin ; de plus, si la réplétion du rectum ne suffit pas pour entraîner la rétrodévation de l'utérus, une fois que celle-ci est amorcée, la constipation, surtout du fait de cette congestion, tend à l'accentuer davantage et à aggraver les troubles qu'elle entraîne.

Enfin Müller (1902) dans un article intitulé : La paramétrite postérieure est une maladie de l'intestin, donne un rôle primordial à la constipation dans la genèse des déviations utérines chez les jeunes filles. La stase des matières dans le rectum provoque au niveau de la muqueuse intestinale, d'abord une irritation, puis une inflammation qui se propage à la musculaire et même au tissu conjonctif périphérique ; si ce processus inflammatoire siège à la partie inférieure du rectum, il envahit les ligaments utéro-sacrés, puis l'utérus et le col, et ainsi naît l'antéflexion avec col

cartilagineux ; mais si l'inflammation remonte au-dessus des ligaments utéro-sacrés il se forme des adhérences des parties plus ou moins élevées du corps utérin avec la paroi pelvienne postérieure, d'où rétroversion ou rétroflexion ; c'est en somme une vraie *péritonite localisée* d'origine intestinale, beaucoup plus fréquente chez les jeunes filles que le processus inverse du col utérin au rectum par les ligaments utéro-sacrés.

C'est là une opinion très particulière et la plupart des auteurs, nous l'avons vu, ne reconnaissent à la constipation qu'une action prédisposante par relâchement ligamentaire, particulièrement des ligaments utéro-sacrés.

Mais la vessie et le rectum ne sont pas les seuls organes qui peuvent modifier la position de l'utérus.

Influence des variations de la pression abdominale

Schultze qui a minutieusement étudié les facteurs susceptibles d'influer sur la situation de l'utérus, après avoir montré l'*action des mouvements respiratoires* surtout visibles sur l'utérus flexible de la jeune fille vierge, insiste sur celle de la *pression abdominale* ; « si, écrit-il, quand la vessie s'évacue, l'antéversion ne se produit pas, que l'utérus reste droit, en moins de 24 heures il se produit une rétroflexion ; la pression abdominale a agi sur la face antérieure de l'organe ».

C'est également par l'intermédiaire de la pression abdominale qu'on a voulu faire jouer un certain rôle aux *efforts* et à la *toux*, aux *vomissements*. Velpeau a même insisté sur la position que prennent les femmes pour se coiffer ; elles sont obligées de *lever les bras* « et dans cette attitude les muscles de l'abdomen sont fortement tendus, le diaphragme est abaissé et presse ainsi sur la masse des viscères de façon à pouvoir produire des hernies et par conséquent des inflexions ».

De cette action, on pourrait rapprocher celle que Chomel attribuait au *cors et* et que plus récemment Manrique rapporte dans sa thèse : « nous croyons ne pas exagérer en disant qu'il faut aujourd'hui considérer comme constante, chez toutes les femmes,

la compression que le corset exerce sur la matrice par l'intermédiaire des intestins ainsi que le changement de direction que cet objet de la toilette féminine imprime à la résultante des forces respiratoires sur la cavité pelvienne (Math. Duncan).

Ces différentes variations de la pression abdominale se transmettent à l'utérus par l'intermédiaire du coussinet intestinal, et Budin, qui signale également le rôle du corset sur la production de certaines rétroversions passagères, cite à l'appui de cette interprétation l'observation anatomique de Testut qui, sur le cadavre congelé d'une jeune femme, avait trouvé un utérus en rétroversion très accentuée ; on voyait en avant de cet organe trois anses d'intestin grêle remplies de matières et comblant le cul-de-sac vésico-utérin ; on déposa la pièce dans l'alcool, et trois jours plus tard, l'intestin étant remonté à la surface, de lui-même l'utérus avait repris sa position normale.

Mais toutes ces causes de déplacement utérin ne suffisent pas à entraîner une déviation permanente ; il faut qu'il s'en joigne d'autres, et particulièrement la laxité, l'insuffisance des moyens de fixité de l'utérus.

Rôle des ligaments.

L'influence des ligaments sur la position de l'utérus a été discutée, surtout pour expliquer l'étiologie des rétrodéviations secondaires. Pourtant on invoque également leur faiblesse dans la genèse des rétrodéviations primitives, et nous allons, à propos de ces dernières, passer brièvement en revue les différentes manières de voir des auteurs.

Il en est tout d'abord qui invoquent la *congénitalité* et c'est ainsi qu'Emmet croit que la déviation peut être quelquefois le fait d'un défaut de longueur, par suite de développement imparfait, d'un des ligaments utérins qui fait que l'organe est attiré du côté raccourci, tandis que Fritsch explique le raccourcissement des plis de Douglas par une rétractation d'origine congénitale.— Pour Edward, J. III, en même temps qu'il y a raccourcissement congénital d'un ligament utéro-sacré, il y aurait souvent

raccourcissement d'un ligament large du même côté, ce qui cause un déplacement postérieur et latéral.

A côté de ces déformations congénitales, on pourrait dire localisées, d'autres font jouer à la congénitalité un rôle plus vaste ; Pierre Delbet résume cette opinion en écrivant : « Lorsque la rétrodéviatiôn se produit en dehors de l'état puerpéral, il faut incriminer une faiblesse congénitale des moyens de fixité de l'utérus comme celle qui amène le prolapsus dont la rétroversion n'est souvent que le premier temps. » — A l'appui de cette opinion on peut rapporter des cas comme celui de Reclus qui chez une vierge trouva les ligaments ronds à peine visibles, à peine saillant sous le péritoine et se déchirant sous la faible traction des pinces. Pourtant ce n'est pas toujours le cas, et Herman E. Hayd (1901) qui a observé plusieurs rétroflexions de la puberté, s'il a constaté un certain degré d'infantilisme du côté de l'utérus, a trouvé des ligaments ronds plus volumineux chez la jeune fille que chez la nullipare, sauf chez les jeunes filles qui souffraient depuis de longues années.

Mais en dehors de cette faiblesse congénitale des ligaments si l'on veut étudier le rôle de l'appareil ligamentaire, on voit que les diverses opinions émises sont en complète contradiction. Pour les uns, les moins nombreux, les ligaments sont trop lâches pour avoir une influence quelconque sur la position de l'utérus ; pour d'autres, ils ne limiteraient que les mouvements trop étendus de l'organe ; pour d'autres enfin ils joueraient une action importante, soit du fait de leur élasticité, de leur tonicité, soit même par la contraction des fibres musculaires qu'ils renferment. Et même parmi ces derniers, les interprétations diffèrent : les uns avec Schultze, admettent que ce sont surtout les *ligaments utéro-sacrés* qui contribuent à rendre à l'utérus sa situation en antéflexion après chaque évacuation de la vessie ou du rectum ; pour d'autres ce sont les *ligaments larges* qui, soit s'opposent passivement à la rétrodéviatiôn, soit jouent un rôle actif par leur élasticité et leur tonicité pour ramener l'utérus à sa situation première.

Enfin le rôle des *ligaments ronds* a été d'autant plus discuté qu'ils sont entrés pour une part importante dans la technique du

maintien de la reposition d'un utérus rétrodévié. Alexander, en préconisant l'opération qui porte son nom, a montré la valeur qu'il leur attribuait ; Schultze leur donne le premier rang après les ligaments utéro-sacrés. On a pourtant nié cette action et on lit dans un article récent de Macrez sur la tonicité utéro-pelvienne, que les ligaments ronds, longs et sinueux, n'ont pas encore perdu toutes leurs sinuosités quand l'utérus est en rétrodéviation ; qu'on coupe les deux ligaments ronds, la matrice ne tombe pas en arrière. — Par contre, Beurnier, dans sa thèse, les trouve tendus bien au-delà de la limite normale sur les femmes atteintes de rétroversion ou de rétroflexion et les voit nettement se tendre et résister si, sur une femme normale, on cherche à renverser l'utérus en arrière. — Pierre Delbet écrit également qu'on ne leur attache pas assez d'importance et rapporte à l'appui l'expérience de Spiegelberg « qui a eu la bonne fortune de pouvoir examiner le cadavre d'une femme quinze minutes après la décapitation ; voici ce qu'il a observé : sous l'influence d'un courant induit passant au travers, de l'utérus [cet organe, dont le fond touchait le sacrum, s'est soulevé, et s'est placé perpendiculairement dans le bassin ; alors les ligaments ronds se tendirent et attirèrent l'utérus en avant ».

De cette expérience on pourrait rapprocher les quatre observations de Kayser relatives à des femmes ayant subi un certain temps auparavant la cure radicale de la hernie et chez qui la rétroflexion de l'utérus avait commencé à se manifester quelque temps après cette opération. Kayser explique la production de ces déviations par la blessure des ligaments ronds au cours de l'intervention. Il est vrai que Goldner n'a retrouvé aucune rétrodéviation utérine chez 28 femmes sur qui il avait assez longtemps auparavant pratiqué le Bassini.

Somme toute, on le voit, la plupart des auteurs s'accordent pour admettre que les ligaments de l'utérus jouent un rôle plus ou moins important d'ailleurs, sur la position de l'utérus, et c'est quand ils sont faibles, insuffisants qu'ils laissent dévié d'une façon permanente un utérus qui l'avait été passagèrement. Mais dans les rétrodéviation primitives que nous étudions, cette fai-

blesse ligamentaire est souvent en quelque sorte d'ordre congénital, et, pour l'expliquer on s'est adressé à des causes d'ordre général.

Influence de l'état général.

La *chlorose*, l'*anémie* sont signalées par Schultze comme coïncidant assez souvent avec des déviations utérines ; pour quelques auteurs, elles agiraient surtout en entraînant une atonie des parois utérines (Kiwish), un certain degré de ramollissement de la matrice ; pour la plupart elles prédisposent à la déviation en tant que maladies constitutionnelles, en favorisant le relâchement des moyens de fixité de l'utérus.

Il en est de même du *surmenage physique*, d'un travail long, pénible (Schröder), associé à une *alimentation insuffisante*, presque exclusivement végétale (Graily Hewitt), chez des jeunes filles respirant souvent un *air vicié* (Noble, de Philadelphie).

Pour les jeunes filles de la classe aisée, on invoque les *erreurs de l'éducation actuelle* : d'abord la position trop longuement assise et surtout les convenances qui obligent à troubler les fonctions du corps, favorisant la réplétion vésicale et la constipation ; ensuite une éducation trop poussée qui favorise le développement du système nerveux aux dépens de tous les autres appareils.

Ceci nous amène à parler de l'influence attribuée par Richelot, A. Siredey, au *neuroarthritisme*. Pour le premier, « la condition immédiate et suffisante de la déviation de l'utérus : laxité des ligaments (rétroversion) et flacidité même de son tissu (rétroflexion) est le résultat d'un trouble nutritif qui domine tout et sans lequel les lésions mécaniques ne sont rien ; or ce trouble de nutrition, ce relâchement des tissus fibreux est le propre de l'arthritisme ». — Doléris, à ce propos, écrit : « l'infériorité fonctionnelle des tissus chargés de maintenir la statique pelvienne est dépendante de leur infériorité non seulement qualitative, mais aussi quantitative, congénitale en quelque sorte, — et de leur inaptitude à l'amélioration et à l'accroissement par voie trophique en présence d'un surcroît de travail à effectuer. » — Et c'est de cette façon

qu'on peut faire intervenir parmi les causes prédisposantes aux rétrodéviations primitives, une hérédité nerveuse soit directe, soit plus souvent indirecte par l'intermédiaire des dyscrasies arthritiques diverses, et même expliquer quelques cas de rétrodéviations constatées chez la mère et la fille, et pour ainsi dire familiales.

Richelot, A. Siredey qui ont insisté surtout sur la physionomie clinique particulière que présentent les troubles utérins chez les neuroarthritiques ont montré, nous le verrons, qu'un des caractères de cette affection était la tendance qu'a l'utérus à se congestionner, cette congestion qui rend l'utérus gros et lourd viendrait, pour Richelot, s'adjoindre puissamment à la faiblesse de l'appareil ligamentaire pour entraîner une rétrodéviation de l'utérus ; ceci nous amène à dire quelques mots des causes locales.

Causes locales.

Influence du coït

C'est une de celles qui a été le plus anciennement admise ; la façon dont on expliquait son rôle dans la production de la rétroflexion se trouve ainsi expliquée dans la thèse de Piquantin (1873) « Valleix, Aran, Michon, Mme Boivin et Dugès admettent l'influence du coït sur la production des déviations, car ils ont observé beaucoup de déviations après les premiers rapprochements sexuels. Comment l'organe copulateur peut-il faire dévier l'utérus ? Le mécanisme en est bien simple ; dans les premiers rapprochement sexuels, le pénis vient heurter le col de l'utérus qui proémine dans le vagin ; sous l'influence de ces secousses répétées, le museau de tanche s'aplatit et bientôt le col fuit devant l'organe copulateur qui se fraye un passage en avant de lui, en arrière ou sur les côtés. Lorsque les rapprochements ont été répétés un certain nombre de fois, le pénis se dirigeant toujours du même côté refoule toujours le col dans la même direction et il en résulte une déviation dans un sens ou dans l'autre, déviation qui sera d'autant plus marquée qu'il existera une plus grande dispo-

portion entre les organes sexuels de l'homme et de la femme. Ajoutons qu'il existe quelques autres conditions favorables à ces déviations, ainsi la brièveté congénitale du vagin, un col plus allongé qu'à l'état normal.»

Demarquay et St-Vel (1876) insistent également sur cette brièveté du vagin : « Nous avons observé la rétroflexion chez des femmes dont le vagin trop court permet au doigt à peine introduit de buter sur le col ; dans le coït, le pénis passe en arrière du col et finit par déprimer le corps à sa jonction avec celui-ci ».

Mais nous n'avons cité que pour mémoire ce rôle du coït dans la production des rétrodéviations ; la lésion existait auparavant, mais elle sommeillait ; le coït ne la produit pas, mais entraîne des troubles fonctionnels qui lui donnent en quelque sorte sa véritable existence clinique. C'est tout au plus si aujourd'hui on peut admettre avec Figuera (1903) le coït comme cause prédisposante à la rétrodéviatiou par suite de disproportion des organes génitaux ou de brièveté du vagin : « il y aurait production d'une colpocèle postérieure profonde ou fausse route vaginale qui distend le cul-de-sac de Douglas, étire les ligament utéro-sacrés et permet au col de se déplacer en avant, d'où résulte une certaine mobilité anormale de l'utérus, condition prédisposante pour la rétrodéviatiou ».

Influence de la masturbation

Son action a été également bien plus admise autrefois qu'aujourd'hui. Sans aller jusqu'à admettre avec Chapman pour qui la rétroversion utérine se rencontre si souvent chez les femmes qui se masturbent que, quand on constate cette déviation, on doit en considérer l'origine comme très suspecte, il faut reconnaître que cette cause occupe pour certains auteurs, dont Hildebrandt, bien plus récemment Brown, un rang important parmi les causes de rétrodéviations. Fritsch, que cite Pozzi, explique son rôle en ce qu'elle détermine une forte mollesse de l'utérus ; pour Boursier, elle prédispose surtout au relâchement des moyens de fixité de l'utérus en entraînant une débilitation générale de l'organisme.

Enfin elle agirait surtout par les congestions répétées qu'elle entraîne dans tous les organes du petit bassin.

Influence de la congestion utérine

La congestion utérine a en effet aussi son rôle. Atthil la cite comme une des trois causes principales de rétrodéviations et rapporte à l'appui deux observations de deux célibataires atteintes toutes deux de congestion utérine et chez qui l'utérus était rétro-dévié.

Courty voit surtout dans la congestion utérine l'augmentation de poids qu'elle entraîne dans le corps utérin qui, une fois porté en arrière, ne trouve aucun obstacle pour arrêter sa descente.

Le Dentu qui accepte également le rôle de l'hyperémie, de la congestion utérine agissant par pesanteur et relâchement consécutif des ligaments et entraînant la rétroversion, admet encore cette même cause comme origine de rétroflexion, mais alors elle serait localisée : « la rétroflexion peut être due au développement de la partie antérieure de l'utérus consécutif à une congestion chronique n'intéressant par la face postérieure. »

Nous avons vu enfin que pour Richelot le poids de l'utérus, gros, lourd, congestionné, joint à la faiblesse du système de suspension de l'utérus, suffit à expliquer la production de la rétroversion chez les nullipares, et cela sans qu'il soit besoin d'invoquer la moindre infection.

De celle-ci en effet, de la métrite, même de la métrite virginale, nous n'avons pas à parler comme cause de rétrodéviations primitives ; nous verrons qu'elle en est souvent une complication ; elle jouerait même pour certains auteurs le premier rôle parmi les causes qui rendent fixe une rétrodéviations passagère.

Pourquoi la rétrodéviations devient-elle permanente ?

Si certaines interprétations étiologiques, comme les malformations congénitales, ou certaines particularités anatomiques (col trop long, vagin court, mauvaise insertion du col sur le vagin

laxité ligamentaire) suffisent à expliquer le maintien de la déviation une fois qu'elle s'est produite, il n'en est pas de même pour d'autres, et notamment pour l'atonie utérine.

Dans ces cas, certains invoquent le rôle de la congestion du parenchyme utérin qui finit par entraîner un processus inflammatoire qui peut dépasser l'utérus et le fixer dans sa position pathologique ; c'est en somme une infection atténuée. Pour Schultze ce serait même toujours l'infection qui fixe la flexion.

Pour Aran l'atrophie des fibres musculaires vient vite s'ajouter au manque de consistance de l'utérus. — Courty donne trois causes qui rendent la flexion permanente : l'altération du tissu au niveau du siège où elle se produit, les adhérences, l'atrophie consécutive de la paroi utérine du côté de la flexion. — Graily Hewitt qui décrit une mollesse spéciale et passagère de l'utérus chez certains sujets faibles au moment de la puberté explique que la flexion est permanente une fois que le tissu utérin a repris sa consistance ferme.

Ces différentes interprétations sont en somme liées à l'état anatomique de l'utérus ; nous allons brièvement étudier ce qu'il présente de particulier dans les rétrodéviations primitives.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomique, il nous faut distinguer les rétrodéviations primitives congénitales ou puériles des rétrodéviations qui surviennent en dehors de ces causes ; tandis que les secondes n'ont rien de bien particulier en ce qui les différencie de rétrodéviations secondaires, abstraction faite des rétrodéviations des arthritiques ; les premières présentent souvent un aspect tout particulier.

Rétrodéviations congénitales ou puériles

Presque tous les auteurs qui signalent ces rétrodéviations congénitales sont en effet d'accord pour admettre que très fréquemment, non pas toujours cependant, l'utérus a gardé en tout ou en partie ses caractères infantiles ; presque toujours en plus

il s'agit d'une rétroflexion. Etudions donc brièvement les caractères de ces rétrodéviations.

Degré de la flexion.

On décrit en général trois degrés à la flexion suivant que l'angle ouvert en arrière est obtus, droit ou aigu ; Schultze fait remarquer combien ces degrés sont difficiles à distinguer en clinique et préférerait une division basée sur la désignation de la vertèbre à laquelle correspond le fond de l'organe ; on aurait ainsi trois degrés : lombaire, cas fort rares pour P. Delbet et dans lesquels il s'agit plutôt d'élévation de l'utérus ; — sacré, le plus fréquent ; — coccygien, rare, et nécessitant une rétroflexion à angle très aigu (P. Delbet). Ce serait ce dernier degré qui pour M. A. Siredey caractériserait surtout la rétroflexion congénitale ; dans ces cas la flexion est souvent très marquée et donne à l'utérus dans son ensemble une forme de crosse.

Siège de la flexion

Le point exact où siège la flexion varie suivant les auteurs. Valleix décrivait deux variétés de rétroflexion : « dans la première, le corps de la matrice seulement subit un changement de position, le col conserve sa direction normale ; dans la seconde, le corps et le col sont à la fois déviés dans le même sens en arrière. — Courty accepte cette division et ajoute seulement que la flexion du col en arrière est assez fréquente, mais à un jeune âge, au moment de la puberté et de l'instauration menstruelle. — Emmet garde de même la distinction entre flexion du corps et flexion du col, cette dernière étant la plus fréquente et siégeant à hauteur de la voûte vaginale. — Pour Gaillard Thomas, la flexion se produit quelquefois si haut qu'elle est méconnue par celui qui s'attend à la trouver immédiatement au niveau de l'orifice interne.

Schultze par contre se prononce catégoriquement en faveur de la région de l'isthme : « Dans l'antéflexion aussi bien que dans la rétroflexion le lieu où se fait la flexion est presque sans excep-

tion la partie correspondant à l'orifice interne du col, cette région où l'utérus est fixé dans le fascia pelvica par les plis de Douglas, où le revêtement péritonéal passe de la surface antérieure de l'utérus sur la vessie et où se trouve l'antéflexion normale. La flexion se trouve presque sans exception à moins de 4 centimètres de l'orifice ; sur l'utérus infantile elle est située un peu plus bas ; quand il y a allongement du col, elle est plus haut. Je connais des cas très rares où la courbure siège dans la portion vaginale ou dans le corps de l'utérus, mais la place typique de la flexion est la limite entre le col et le corps de la matrice. » — C'était là également l'opinion de Virchow qui place le siège de la coudure exactement au niveau de l'orifice interne, en un point compris entre le cul-de-sac péritonéal et le cul-de sac vaginal.

Hildebrandt par contre s'élève contre cette opinion : « dans les recherches relatives à la détermination du point de flexion, j'ai pu me convaincre que l'opinion qui admet que le sommet de l'angle de flexion est toujours exactement situé au point de flexion de l'antéflexion, c'est-à-dire sur les confins entre le corps de l'utérus et le col, était fausse. Je me suis assuré que l'angle de flexion au lieu de se tenir dans ces limites précises, dans les deux tiers des cas est souvent au-dessous et très près du bord de la lèvre postérieure utérine, assez rarement sur l'orifice interne, excepté dans deux cas ».

De ces diverses opinions, il résulte qu'on pourrait décrire théoriquement trois sortes de rétroflexion : celle du corps, l'axe du col étant normal et le corps incliné en arrière ; celle du col, où le contraire existe ; celle enfin du corps et du col où les deux segments sont également portés en arrière ; dans ce dernier cas l'angle de flexion est très aigu et l'utérus a dans son aspect général, la forme d'un fer à cheval. — Mais tandis que les uns admettent que l'angle de flexion peut se faire soit sur le corps, soit sur le col, soit au niveau de l'isthme, pour les autres, la flexion en arrière se produit *toujours* (Bar) au niveau de l'isthme qui subit un allongement très accentué.

État des parois.

Les parois utérines, quand la flexion est ancienne, sont ordinairement inégales. Pour la plupart des auteurs, la flexion finit par entraîner une atrophie marquée de la *paroi postérieure* de l'utérus ; cette paroi est amincie ; elle a, écrit Aran, souvent perdu cinq à huit millimètres de son épaisseur ; son tissu est pâle, décoloré et, au microscope, les fibres musculaires sont rares incomplètement développées (Ch. Robin), tandis que les granulations graisseuses y sont au contraire très abondantes. — C'est là une lésion admise également par Courty comme conséquence de la flexion.

Pour d'autres, les altérations prédominent sur la *face antérieure* de l'utérus. Rüge, cité par Hart et Barbour, a décrit un cas de rétroflexion congénitale dans lequel la paroi antérieure était atrophiée à l'angle de flexion. Schröder rapporte que Winkel a démontré sur des pièces anatomiques que la paroi antérieure est amincie au niveau de la flexion.

Fritsch adopte les deux opinions et décrit, avec une atrophie secondaire de la paroi postérieure un étirage de la paroi antérieure, si bien que le corps finit par se laisser mouvoir au niveau de l'angle de flexion comme dans un article.

Mais il semble que presque tous les auteurs sont d'accord pour accepter l'opinion de Virchow qui considère ces lésions comme secondaires à la flexion et qui, chez les vierges ou les jeunes femmes, a trouvé un utérus dont le tissu musculaire avait gardé sa consistance normale et n'avait pas subi, au commencement de l'inflexion, d'altération importante.

Cet état des parois utérines a une certaine importance au point de vue de la réductibilité de l'utérus.

Réductibilité de l'utérus.

Là encore, nous trouvons des opinions tout à fait opposées. Pour Schröder dans les flexions congénitales, l'angle de flexion

est sensiblement invariable ; c'est-à-dire qu'il faut employer pour le faire varier un certain degré de force.

Schultze s'élève vivement contre cette façon de voir ; pour lui, la flexion congénitale est au contraire caractérisée par la grande flexibilité qui siège au niveau de l'isthme ; quand cette partie devient rigide c'est à la suite de métrite.

Nous avons vu que par contre Fritsch a décrit une atrophie des deux parois antérieure et postérieure, consécutive à la flexion, et qui donne une telle flexibilité au niveau du point fléchi que l'utérus est à ce niveau mobile comme dans un article.

Ces différentes manières de voir existent d'ailleurs pour la consistance de l'utérus infantile, état qui est souvent lié à l'existence d'une rétroflexion congénitale, et de Bovis rapporte à ce propos, sans conclusion, l'opinion de Ed. Martin, von Forster qui considèrent l'utérus infantile comme flaccide, et celle de Freund qui le décrit comme dur, résistant. Pour Pozzi, théoriquement, le col de l'utérus fœtal serait ferme tandis que dans l'utérus pubescent tout l'organe, y compris le col, serait mince et relâché !

En somme actuellement il semble qu'on tend plutôt à admettre qu'au début le corps est presque toujours mobile et la flexion réductible ; c'est l'avis de Pierre Delbet, mais pour lui « rapidement il survient des modifications nutritives qui immobilisent l'utérus dans son attitude vicieuse, et cela sans qu'il y ait d'adhérences entre la matrice et le bassin. Quelquefois on tient dans la main un utérus rétrofléchi et débarrassé de toutes ses connexions. On ne peut le redresser, et si l'on y arrive, il reprend dès qu'on le lâche, sa position première. » Delbet ajoute qu'il avait souvent remarqué ce fait sur le cadavre sans vouloir y attacher trop d'importance en raison de la rigidité cadavérique possible, mais qu'il a pu observer le même fait sur un utérus qu'il venait d'enlever par le vagin ; dans ce cas, ce phénomène paraissait dû à l'épaississement du péritoine qui, au niveau de l'angle de flexion, faisait de petites saillies comparables aux piliers du cœur. Un fait analogue est signalé dans l'observation de Kelly, rapportée par Baudouin. (obs. XXI)

Aspect de l'utérus

Très fréquemment, nous l'avons vu, dans les rétrodéviations congénitales ou puériles, l'utérus est petit, et agardé, en tout ou en partie, ses caractères infantiles. Pour mieux fixer les idées, il nous semble nécessaire de rappeler brièvement les phases par lesquelles passe l'utérus et dont chacune, peut persister à l'état adulte, coïncidant avec une rétrodéviations de l'organe.

Utérus fœtal. — A la fin de la vie intra-utérine le col est deux fois plus grand que le corps ; mais dès les premiers jours de la vie extra-utérine va se manifester une légère involution de l'utérus. Halban, en effet, à propos de l'opinion que les organes maternels satisfont à la situation physiologique nouvelle résultant de la conception sous l'influence d'une substance circulant dans le sang, a recherché l'influence de cette substance sur les organes du fœtus et est arrivé à ces conclusions : l'utérus du nouveau-né est hyperémié et hypertrophié ; à la naissance il a en moyenne une longueur de 32 millimètres qui disparaît la troisième semaine après la naissance ; l'utérus a alors 25 millimètres de longueur et ne commence à croître que dans la deuxième année.

Utérus infantile. — Après la naissance, l'utérus conserve en effet les mêmes proportions de deux à un dans les rapports du col et du corps. Cet état persiste jusqu'à 5 ou 10 ans pour Guyon 6 pour von Friedlander, 10 pour von Winckel. Mais progressivement le corps s'accroît, si bien que vers 16 ans, corps et col ont sensiblement la même longueur ; c'est l'utérus virgineus.

Utérus fœtal et utérus infantile offrent, on le voit, à peu près les mêmes caractères extérieurs : prédominance du col sur le corps. On a voulu surtout les différencier par la disposition des plis de la muqueuse de l'arbre de vie ; celui-ci, dans l'utérus fœtal s'étend presque jusqu'au fond de l'organe, tandis que, dans l'utérus infantile, il disparaît de la cavité du corps n'y laissant qu'un repli longitudinal. C'est là, comme l'écrit Pozzi, une différence un peu sub-

tile et une simple nuance d'anatomie pathologique, et à tous les autres points de vue les variétés se confondent.

La forme de l'utérus dans ces deux variétés diffère de celle de l'utérus adulte en ce que le fond, au lieu d'être convexe, est plan ou même légèrement concave ; de plus, en raison du peu de développement du corps, la forme générale est à peu près cylindrique au lieu d'être conoïde. Le col, outre sa longueur double de celle du corps, présente des parois relativement épaisses. — La longueur totale de la cavité utérine n'excède pas 4 centimètres.

Utérus pubescent. — A côté de ces deux formes qui résultent d'un arrêt de développement Puech a décrit un utérus qui, arrivé à l'état adulte, reste petit, mais normal dans sa forme générale ; il garde bien les dimensions de l'utérus d'un enfant, mais les proportions respectives du col et du corps sont normales. Le corps présente un aspect aplati résultant du peu de développement des fibres musculaires ; ses parois sont amincies et parfois membranueuses : son poids est en moyenne de 27 grammes au lieu de 45. — En somme c'est là un utérus qui est normal chez la jeune fille au moment où commencent les règles ; mais ce type, dans l'état physiologique, est transitoire : deux ans environ pour Puech : quand il persiste à l'état adulte c'est plutôt par suite d'un arrêt d'accroissement (Dalché) que d'un arrêt de développement.

Aspect du col.

Ces trois formes d'utérus, en somme mal développés, pourront se rencontrer dans les utérus rétrodéviés des jeunes filles, et particulièrement la dernière ; mais souvent *le caractère infantile de l'utérus ne persistera pas sur tout l'organe ; il se limitera au col* C'est ainsi qu'Hegar rapporte trois cas personnels d'utérus infantiles et hypoplasiés et par contre 20 cas d'utérus dont les dimensions se rapprochent plus ou moins de la normale : l'excès de longueur du col est presque la seule anomalie (de Bovis). — Sims écrit qu'il n'est pas rare de rencontrer un col conique accompagné de rétroversion dont il peut même être la cause et signale l'asso-

ciation fréquente de flexion utérine avec la conicité du col. Or, comme au point de vue tant des symptômes que des complications et particulièrement de la stérilité, cet état anatomique du col utérin est des plus importants, nous allons brièvement voir les caractères principaux de ce col infantile.

Il a tout d'abord conservé une longueur exagérée par rapport à la normale et cet excès de longueur, d'après les recherches de Hegar porte principalement sur la région de l'isthme.

Sa forme est en général celle d'un cône allongé, d'un pain de sucre. La lèvre antérieure débordé souvent un peu sur la postérieure, donnant l'apparence d'une sorte d'hypospadias du col (Pozzi) ou encore formant une petite trompe : col tapiroïde ; plus souvent cependant, pour Vaille, la paroi cervicale postérieure serait plus développée que l'antérieure.

Comment expliquer cette *conicité du col*. Sims, Barnes, Pajot, incriminent la faiblesse, le manque de fibres musculaires longitudinales qui devraient tronquer le col, aplatir le museau de tanche en produisant une cupule autour de l'orifice externe.

Souvent en effet cette petite dépression manque autour de l'orifice externe : il est comme un trou fait à l'emporte pièce (Pajot). Il siège le plus souvent au sommet du cône ; il est très petit, comme percé avec une aiguille (Pozzi) : col en toupie.

Quant à l'origine de cette *sténose de l'orifice externe*, elle dépendrait pour Sims, Pajot, comme la conicité du col elle-même, de la faiblesse des fibres longitudinales qui ne compense plus le resserrement des fibres circulaires. — Lefèvre, dans sa thèse, rapporte l'opinion de Herr, de Nagel pour qui la sténose peut être due à un vice congénital ou à une ulcération produite après la naissance et dont la réparation donne lieu à la sténose. A l'appui de cette dernière explication, on pourrait rapporter les faits de Fischel, de Penrose, qui ont décrit non seulement des ulcérations, mais encore des érosions congénitales du col.

Cette sténose de l'orifice externe est parfois associée au rétrécissement du *canal cervical* ; ce rétrécissement peut siéger sur l'orifice interne seulement ou occuper toute la longueur du canal cervical. Mais dans la majorité des cas la sténose reste limitée à

l'orifice externe qui a alors moins de deux millimètres de diamètre ; il s'ensuit souvent une dilatation de la partie inférieure du canal cervical sous forme de barillet par l'accumulation du mucus visqueux que sécrètent les glandes du col. Cette stagnation du mucus ne tarde pas à se compliquer d'inflammation de la muqueuse et la lésion secondaire joue bientôt un rôle prépondérant en augmentant à son tour l'abondance et la viscosité du mucus. Cette dernière condition est capitale pour Pozzi en raison de l'obstruction que cet engouement muqueux oppose à la fécondation et de la part qu'il prend à la dysménorrhée, à la leucorrhée et à la stérilité.

Etat de la cavité utérine

Mais d'autres fois, la déformation secondaire à la flexion ne reste pas limitée au canal cervical. Nous avons vu qu'il pouvait y avoir un rétrécissement au niveau de l'orifice interne de ce canal ; cette diminution de calibre siège le plus souvent au niveau de l'angle de flexion, et il est classique depuis Graily Hewitt de comparer cet aplatissement à celui qu'on obtient en coulant un tube de caoutchouc. Mais le plus souvent ce rétrécissement au point fléchi n'est pas aussi prononcé qu'au niveau de l'orifice externe, et si on peut le révéler par le cathétérisme, souvent cette manœuvre permet de constater sa nature spasmodique. Cependant Maclaure, de l'étude de moulages de la cavité utérine, conclut que, dans les cas de déviation, la cavité de la matrice est très petite dans toutes ses dimensions ; l'isthme est très étroit et très difficile à franchir par les injections.

Mais quand la flexion est ancienne et que l'utérus a augmenté de volume par suite de la congestion ou d'une métrite secondaire on peut alors trouver le canal corporel dilaté, et comme nous avons vu que la cavité cervicale d'un col long peut également être dilatée en barillet, il en résulte une forme générale de la cavité utérine qu'il est classique de comparer à un sablier.

Modifications de l'utérus fléchi.

L'utérus rétrofléchi subit en effet des modifications progressives, et si l'on peut trouver un *utérus petit*, infantile, il n'est pourtant pas rare, quand la flexion existe depuis un certain temps déjà, de rencontrer au contraire un utérus *plus gros que normalement*. L'utérus peut en effet s'accroître considérablement sous l'influence qu'exerce la coudure sur les vaisseaux sanguins (Gaillard Thomas) ; ceux-ci se recourbent tous, mais les artères à parois résistantes demeurent perméables tandis que les veines s'oblitérent ; l'organe reçoit toujours un sang que les veines sont incapables de reprendre et se congestionne donc de plus en plus.

C'est cette augmentation de volume qui donne à l'utérus, selon l'expression de A. Siredey, la configuration d'une *cornue de laboratoire* se terminant, après une flexion brusque, par un col allongé, mais pour lui, en plus de la congestion de l'organe, il faut encore incriminer ; — parfois une tendance de l'utérus à la *sclérose hypertrophique* pouvant aboutir à la formation de petits myomes reconnaissables par le seul examen histologique ; — dans d'autres cas enfin, la *métrite par infection secondaire* et à laquelle prédispose la rétention des sécrétions, du sang menstruel dans la cavité distendue et déclive du corps utérin.

Etat de la muqueuse utérine.

La muqueuse utérine est souvent, en raison de la congestion de tout l'organe, gonflée, œdématiée ; son coloris est d'un rouge cerise foncé (Hildebrandt). Cet état permet d'expliquer la leucorrhée, la ménorrhagie, la sensation de tension éprouvée par la malade, et tous ces troubles fonctionnels peuvent en imposer pour une métrite ; ce serait souvent ce qu'on a décrit sous le nom de métrite virginale : Doléris la qualifie de fausse métrite parce

que, à l'origine de ces troubles utérins, il ne trouve pas d'éléments microbiens ; de plus, le redressement de l'organe, sans pansement antiseptique, suffira à faire disparaître ces accidents.

Mais bien souvent les choses n'en demeurent pas là. La gêne à l'écoulement des sécrétions utérines, la congestion intense dont la muqueuse utérine est le siège, congestion qui se manifeste par poussées, surtout au moment des règles, la longueur du col souvent induré et scléreux, la brièveté du vagin sont autant de causes qui expliquent combien l'infection se fera dans ces cas plus facilement que chez une jeune fille ou une jeune femme dont l'utérus est normalement situé. On aura alors affaire à une métrite véritable, mais l'on peut dire que la vraie responsabilité des troubles produits par l'infection remonte à la flexion qui est si souvent antérieure à ces lésions et contribue d'ailleurs à les entretenir. C'est ainsi que pour de Bovis chez beaucoup de femmes à utérus rétrofléchi, cet état remonte avant le mariage ; mais le gonocoque est venu se greffer sur leur utérus, les a pour ainsi dire achevées, c'est-à-dire annihilées au point de vue conceptionnel.

Etat du péritoine.

Il est facile dans ces cas où il y a eu infection secondaire à la déviation d'expliquer la possibilité d'adhérences péritonéales fixant l'utérus dans sa mauvaise position et d'ailleurs bien des auteurs admettent qu'il ne peut y avoir d'adhérences péritonéales, en somme péritonite, sans infection. Mais nous avons signalé le rôle que Müller fait jouer à la constipation dans la production de la paramétrite postérieure chez les jeunes filles.

D'ailleurs, pour quelques auteurs, ces adhérences péritonéales pourraient même exister *sans infection*. Nous avons vu que pour Sielski le *simple contact permanent* des deux surfaces péritonéales revêtant, l'une la paroi postérieure de l'utérus, l'autre la paroi abdominale postérieure, peut se terminer par la formation d'adhérences. Disons encore que pour d'autres celles-ci pourraient s'expliquer par l'existence de *petites hématoécèles cata-*

méniales qui se produiraient par reflux du sang par les trompes en raison de la difficulté qu'a, au moment des règles, le sang à s'épancher au dehors de la cavité utérine par suite de la coudure de la cavité et du rétrécissement du canal cervical, notamment au niveau de l'orifice externe (Pozzi, Dalché).

Etat des annexes

A côté de ces lésions utérines ou péri-utérines, il est fréquent de trouver des modifications dans l'état des annexes.

Tout d'abord, dans les rétrodéviations congénitales, en raison de la fréquence de la persistance d'un état infantile, on peut rencontrer des *trompes* petites, annelées, sinueuses comme les ont décrites Freund. Sellheim ; — des *ovaires* petits, de forme allongée, aplatis, durs parfois comme du cartilage et souvent arrêtés dans leur descente. Souvent par contre ils ont un volume normal ou sont même hypertrophiés ; mais cette hypertrophie est liée ordinairement à une dégénérescence scléro-kystique, très fréquemment retrouvée au cours de ces rétrodéviations primitives, et tout particulièrement dans la rétroversion des jeunes filles arthritiques (Richelot).

C'est elle qui tend à expliquer, par le poids de l'organe en même temps que parce qu'elles sont entraînées en arrière par le corps utérin, la fréquence du *prolapsus des annexes* au cours de ces rétrodéviations. « L'ovaire entraîné bascule en effet autour de son ligament suspenseur infundibulo-pelvien et son grand axe s'incline en arrière et en dedans, la trompe tendant à tomber plus ou moins en arrière » (Pierre Delbet), et ce léger déplacement qui est constant s'accroît souvent du fait de la faiblesse de l'appareil ligamenteux.

Dupont, nous l'avons vu, a montré qu'à côté de ce prolapsus secondaire au déplacement utérin, l'ovaire alourdi peut par son poids servir d'amorce à la rétrodévation de la matrice. — Et Siredey insiste sur la fréquence de la dystrophie scléreuse des ovaires au cours des *flexions congénitales*.

Enfin pour Goldspohn qui a longuement décrit les lésions de

l'ovaire déplacé par suite de la déviation utérine, la gêne de la circulation par suite de la torsion et de la traction sur le hile, de même que les traumatismes auxquels l'expose sa nouvelle situation (distension du rectum, coït) finissent par entraver des désordres tels que : hématomes des follicules de de Graaf et des corps jaunes ; œdème, hyperplasie du tissu conjonctif, cophorite chronique amenant une dégénérescence folliculaire kystique ou la cirrhose, périophorite avec adhérences péritonéales.

Etat des autres organes

Vagin. — Nous avons vu, à l'étude de la pathogénie, le rôle qu'on faisait jouer à la brièveté du vagin, si souvent associée aux rétrodéviations congénitales. La plupart des auteurs ne font que la signaler sans détail. Schultze, Pierre Delbet, insistent sur la *brièveté de la paroi antérieure* ; de Bovis dans son étude sur l'hypoplasie utérine, note par contre que la brièveté de la *paroi vaginale postérieure* est signalée dans les cas qui sont combinés à une rétrodéviation.

En tout cas, cette brièveté du vagin est une cause de colpocèle postérieure profonde, de *fausse route vaginale* sur laquelle a insisté Pajot et qui, nous le verrons, contribue pour une part importante aux troubles qui suivent le mariage et à la gêne apportée à la fécondation.

Bassin. — Le bassin serait dans certains cas de rétrodéviations congénitales avec utérus infantile, plus étroit que chez les femmes normales ; il y a dit Pozzi « une corrélation intime entre l'état de ce segment du squelette et celui des organes génitaux internes ; en langage mathématique, on peut dire que le bassin est fonction de l'utérus ».

Intestin. — Récemment, Albrecht (1908) a insisté sur la persistance possible de l'état infantile de l'S iliaque : d'où situation anormale congénitale, courbures insolites qui peuvent produire ou exagérer des déviations utérines qui à leur tour accentuent la tendance à la constipation.

Aplasia artérielle, rétrécissement mitral. — Enfin, on a signalé, comme coexistant assez fréquemment avec l'utérus infantile, l'hypoplasie des gros vaisseaux, et même des cardiopathies congénitales (Schroeder) ; le cœur reste petit (Barnes). Schultze rapporte le cas d'une rétrodéviations chez une vierge qui souffrait d'un rétrécissement mitral ; nous-même avons pu en rencontrer une observation. (obs. XLIX.) Il est vrai que Vérin dans sa thèse sur la ménorrhagie dans le rétrécissement mitral sur 14 observations ne rapporte aucun cas de rétrodéviations.

D'ailleurs toutes ces tares d'ordre congénital sont loin d'être constantes : il en est de même de l'aspect général, et nous allons voir que, cliniquement, bien souvent on trouve des rétrodéviations primitives chez des femmes dont rien ne pouvait en faire soupçonner l'existence.

Rétroflexion et rétroversion

Telles sont les lésions qui tendent à caractériser les rétrodéviations congénitales ; nous venons de voir qu'il s'agit très souvent de rétroflexion ; mais cette rétroflexion s'accompagne-t-elle de rétroversion ?

Simpson, Schroeder ne voient dans la rétroflexion et la rétroversion que les deux degrés du même déplacement ; il y aurait d'abord rétroversion, puis ramollissement du tissu utérin et rétroflexion. Mais c'est là une façon de voir qui n'est plus admise : les deux déviations sont fréquemment associées et pour Pierre Delbet, on peut même dire qu'il est de règle que l'utérus retrorversé présente une certaine courbure en arrière ; pourtant la rétroversion peut exister sans rétroflexion et même se combiner avec un certain degré d'antéflexion (Schultze) — Pour A. Siredey, dans le type de rétroflexion congénitale pure, le col utérus regarde plutôt en arrière qu'en avant ; la rétroversion est exceptionnelle.

Rétroversion

Quant à la rétroversion seule, quand elle survient primitive-

ment, elle ne présente rien de bien particulier, abstraction faite de l'utérus des neuroarthritiques. Elle peut, comme la rétroflexion, revêtir trois degrés qu'on peut distinguer ainsi : (Vinot) : dans le premier stade, l'axe de l'utérus est oblique en haut et en arrière, se dirigeant vers le promontoire ; l'utérus est nettement situé au-dessus des ligaments de Douglas ; — dans la deuxième, l'axe est horizontal l'utérus est passé ou non au-dessous des ligaments selon que ceux-ci sont utéro-lombaires ou utéro-sacrés. — dans le troisième l'axe est oblique en bas et en arrière ; le corps utérin est au-dessous des ligaments utéro-sacrés, dans le Douglas.

Mais, comme l'a écrit Richelot, ces degrés n'ont qu'une faible importance ; on sent par le toucher une déviation plus ou moins prononcée, mais l'intérêt clinique n'est pas en rapport avec l'intensité de la version.

Utérus des arthritiques. — La particularité des lésions anatomiques des rétroversions primitives ne se rencontre guère que sur l'utérus rétroversé des vierges ou des nullipares de souche neuroarthritique. Richelot en donne la description suivante : « l'utérus des jeunes filles est de petit volume, globuleux ; son col, encore mince et rosé, sécrète abondamment ; — celui des femmes de 35 à 40 ans est congestionné, hypertrophié, scléreux ; son col volumineux, dur, violacé, et l'orifice externe, sans érosion, laisse échapper un liquide clair, qui, mêlé au mucus vaginal, devient blanc laiteux. Et là, pas d'infection, ni métrite, ni salpingite, ni adhérences ; très souvent ovaires scléreux et polykystiques, même chez les vierges, lésion qui n'est pas davantage le résultat d'une infection génitale, mais du même ordre que la congestion et la sclérose utérines »

L'examen histologique montre que l'épithélium de la muqueuse est intégralement conservé et intact ; nulle part on ne trouve d'infiltration embryonnaire interstitielle.

Mais ces lésions vont se traduire cliniquement par une symptomatologie un peu spéciale qui la différenciera des autres formes de rétrodéviations.

SYMPTOMATOLOGIE

Les rétrodéviations primitives, latentes jusqu'à la puberté, peuvent rester telles pendant toute l'existence de la malade. Le plus souvent pourtant elles déterminent des troubles qui surviennent au moment de la puberté ; c'est le cas le plus fréquent, celui que nous prendrons comme type de la description. — D'autres fois la puberté se passe à peu près normalement ; les troubles sont plus tardifs dans leur apparition ; il leur faut, pour éclore, une circonstance adjuvante et c'est là qu'intervient le rôle du mariage. — Enfin c'est parfois par une des complications qu'elle peut entraîner, que la rétrodévation primitive traduit sa présence, sans avoir donné lieu à des symptômes immédiatement liés à la position de l'utérus.

Nous étudierons donc tout d'abord la forme la plus habituelle qui se traduit par des troubles au moment de la puberté, ou tout au moins *pendant la vie de la jeune fille*, avec les complications que la rétrodévation peut entraîner à cette époque ; nous verrons ensuite quelle influence réciproque *le mariage* et le déplacement utérin peuvent avoir l'un sur l'autre, tant au point de vue de l'aggravation des symptômes habituels qu'à celui des circonstances qui relèvent plus particulièrement du mariage : *la stérilité* et *la grossesse* ; enfin nous terminerons par l'examen des différents aspects cliniques qui peuvent permettre de décrire plusieurs formes dans l'étude de ces rétrodéviations primitives.

Troubles de la menstruation

C'est en général au moment de la puberté que les symptômes observés se manifestent et Barnes écrit à propos des rétrodéviations primitives ou congénitales : « Jusqu'à la puberté, l'utérus, n'ayant pas d'existence fonctionnelle, reste petit, passif, et ne donne lieu à aucun symptôme subjectif : mais quand il est soumis à l'hyperémie périodique de la menstruation, l'obstacle causé par la malformation produit la dysménorrhée ; le corps de l'utérus

se développe ; sous l'influence de son entrée en activité, des congestions morbides auxquelles il est exposé, de la gêne qu'éprouve sa circulation, apparaît un ensemble de troubles qui ne peuvent passer inaperçus.»

C'est en effet *pendant la période menstruelle* que les symptômes présentent leur maximum d'intensité, et au début ils n'existent guère d'ailleurs qu'à ce moment. Celui qui le plus souvent attire l'attention de la jeune fille ou celle de ses parents est la dysménorrhée.

Dysménorrhée.

Fréquence. — C'est le symptôme le plus constant qu'on trouve noté dans les observations ; elle manque exceptionnellement.

Pourtant certains auteurs (Bernutz et Goupil, Hart et Barbour, Hildebrandt, Olshausen, Boursier) prétendent que la dysménorrhée serait moins fréquente et moins intense dans la rétroflexion que dans l'antéflexion ; mais Schræder qui partage cette opinion pour les rétrodéviations post-puerpérales, fait observer qu'on compare ces dernières aux antéflexions congénitales et que, chez les nullipares atteintes de rétroflexion, on note bien souvent des troubles dysménorrhéiques très prononcés. C'est à cette conclusion que nous amène l'étude des observations que nous avons pu recueillir.

Moment d'apparition. — Elle apparaît dans la majorité des cas dès le début de la puberté, avec la première menstruation ; pourtant dans 7 observations, on trouve noté qu'elle n'est survenue que plus ou moins longtemps après la première menstruation, entre autres deux fois après le mariage.

Début des douleurs. — Les douleurs commencent pour ainsi dire toujours avant l'apparition du sang qu'elles devancent parfois de deux, trois, ou même quatre jours ; mais en général elles ne débutent guère qu'un jour, parfois quatre ou cinq heures seulement avant le flux menstruel. Pour Emmet, dans la flexion du col, il est de règle que la douleur existe avant l'apparition de

l'écoulement, et cesse alors, ou tout au moins diminue ; il n'y a aucune affection où la menstruation soit douloureuse au commencement et guérisse aussi promptement lorsque l'écoulement est établi.

Siège. — Cette douleur occupe le bas-ventre, les régions lombaires, sacrées (douleurs dans les reins, disent les malades) et reste en général localisée à ce niveau ; plus rarement, on trouve accusées des irradiations dans les aines, dans la région antérieure des cuisses.

Degré. — La dysménorrhée peut revêtir tous les degrés : à son plus faible, c'est « un sentiment de malaise aussi faible qu'une femme peut en ressentir au moment de ses époques » (Emmet) ; d'autres fois, la douleur est plus vive, simule une colique intestinale : elle peut, plus rarement, empêcher la marche, la station debout, être coupée de tranchées plus ou moins accentuées, d'exacerbations douloureuses, de véritables coliques expultrices qui surviennent par crises, nécessitent un repos absolu au lit, empêchent tout sommeil, peuvent s'accompagner de phénomènes réflexes variés : nausées, vomissements, attaques de nerf, et même syncope, et finalement laissent la malade, après la crise, dans un état de prostration complète.

Durée. — La durée de la dysménorrhée est variable et dépend surtout du temps dont la douleur a précédé le flux menstruel ; si en effet la souffrance persiste assez vive tant que l'écoulement est abondant, le plus souvent, *dès le premier jour de cet écoulement, elle commence à s'atténuer* pour laisser une sensation d'engourdissement, d'endolorissement plus ou moins prononcée qui s'accroît à la moindre fatigue. — D'autres fois, la douleur, très forte à la période prémenstruelle, s'atténue dès l'apparition du sang : plus rarement, elle persiste avec un écoulement sanguin faible.

Evolution. — Cette dysménorrhée apparue à la puberté, peut ne pas augmenter dans la suite ; il semble même se faire parfois comme une accoutumance, ou pour d'autres un complément de

développement qui explique que rarement ces femmes continuent à souffrir après la trentaine (Bouilly). Mais la règle de cette dysménorrhée liée à la rétrodéviation primitive est d'être en quelque sorte *progressive* ; elle devient de plus en plus intense à chaque période menstruelle ; elle est en outre susceptible de présenter des poussées plus ou moins aiguës sous [l'influence de diverses circonstances capables d'entamer la congestion utérine (constipation, fatigues et surtout coït).

Mais quand elle s'accroît ainsi, il s'y joint bientôt un état de souffrance permanente dans l'abdomen, et la dysménorrhée n'est plus à ce moment qu'une exagération des douleurs que la malade éprouve constamment et qui finissent par entraîner une invalidité presque complète.

Pathogénie. — Toutes ces diversités cliniques dans la date de l'apparition des phénomènes dysménorrhéiques, dans leur intensité, dans leur persistance sont liées à la complexité des lésions susceptibles d'expliquer l'existence de la dysménorrhée elle-même et qui souvent sont associées, en partie tout au moins, chez la même malade.

La première explication donnée est celle de *l'obstruction du canal cervical*, soit par suite de la flexion, soit par sténose du canal cervical, notamment de l'orifice externe. D'autres ont invoqué plutôt la *congestion du corps utérin*, congestion qui peut se produire par des mécanismes divers ; étranglement des vaisseaux au niveau du point de flexion, compression des veines par plicature des ligaments larges, ou par pression de ces veines sur les ligaments utéro-sacrés (Herman) : cette congestion utérine serait douloureuse par suite de la *résistance que le tissu musculaire* de l'utérus offre à l'hyperémie (ce qui explique pourquoi la dysménorrhée serait plus intense chez les nullipares que chez les multipares) ou encore par suite de la *compression des nerfs par le tissu utérin congestionné* (Fritsch). Cette irritabilité des nerfs de l'utérus serait même nécessaire pour Duncan, Vedeler. — A ces causes, il faut encore ajouter le *développement incomplet des organes génitaux* : tout d'abord celui de l'utérus

(Wormser, Noble), soit qu'il agisse par développement insuffisant du tissu musculaire (Schultze soit que les plis muqueux résultant de la persistance de l'arbre de vie dans un utérus infantile obstruent l'isthme (von Friedlander) ; — ou encore un développement insuffisant de l'*ovaire*, une hypoovarie rendant l'ovulation difficile (Bouilly, Dalché, Pozzi A. Siredey susceptible de produire des phénomènes dysménorrhéiques très douloureux qui cèdent à l'apparition de la première goutte de sang menstruel. — Et toutes ces causes ne sont pas encore suffisantes pour d'autres, qui comme Schultze, Schroeder, Olshausen, admettent qu'il n'y a presque jamais dysménorrhée sans métrite.

Que conclure de toutes ces opinions ? L'anatomie pathologique nous a montré que bien souvent plusieurs de ces lésions étaient associées sur la même malade ; il est donc probable que suivant les cas la dysménorrhée relève de l'une ou l'autre de ces différentes causes, souvent même de plusieurs, et c'est ce qui explique combien il est difficile de donner une description schématique de ce symptôme, de même qu'il sera impossible, comme nous le verrons, d'instituer un traitement fixe, invariable, qui convienne indistinctement à tous les cas.

Abondance de la menstruation ; ménorrhagies.

Là encore, à côté de la rétrodéviatiou, nous trouvons comme susceptible de modifier l'état de la menstruation, le développement incomplet des organes génitaux internes (utérus et surtout ovaires). C'est ainsi que dans les observations qui suivent nous relevons un cas d'*aménorrhée* complète, un autre d'une aménorrhée de 17 ans (malade réglée à 10 ans 1/2 pendant six mois restant aménorrhéique jusqu'à 28) ; — quatre cas d'*irrégularités menstruelles* ; — cinq où les règles sont *peu abondantes*.

De plus, assez souvent, la *puberté est tardive* : Deux fois à 19 ans dans nos observations et 7 à plus de 15 ans).

A. Siredey insiste sur les relations constantes qui existent entre la puberté tardive, les irrégularités et troubles menstruels, (inter-

mittences, aménorrhée, dysménorrhée), et les malformations de l'appareil génital.

Ménorrhagies

Mais ce qui caractérise les troubles menstruels liés à la présence d'une rétrodéviatiou primitive, c'est avec la dysménorrhée, l'abondance et surtout la durée de l'écoulement.

Quantité et durée. — Les pertes sont profuses surtout pendant les deux ou trois premiers jours des règles ; pourtant il est rare que leur abondance soit assez grande pour mettre en danger immédiat la malade. C'est plutôt la *longueur de l'écoulement* qui est caractéristique ; pendant cinq ou six jours en général, il persiste un suintement plus ou moins prononcé ; bien souvent aussi c'est plus qu'un suintement, et bien que moins prononcées que dans les premiers jours, les règles restent profuses pendant dix, quinze jours ; ce sont de véritables ménorrhagies ; nous les trouvons signalées dans 16 observations et dans trois ce sont elles qui étaient le symptôme capital. Martin, dans les 8 cas de rétrodéviations primitives qu'il a pu étudier, constate que dans tous la menstruation était de longue durée et très copieuse.

C'est moins du fait de leur abondance que de leur persistance, et aussi de leur répétition à chaque période menstruelle, que ces pertes finissent par retentir sur l'état général. Habituellement, les règles reviennent régulièrement à intervalles normaux : quelquefois on note une certaine diminution de la période intermens-truelle.

Evolution. — L'évolution de cette ménorrhagie se rapproche de celle de la dysménorrhée en ce sens qu'elle peut débiter, comme elle, à la puberté ; mais elle a surtout, comme elle, une *tendance à s'accroître progressivement*. Ordinairement elle ne survient qu'un *certain temps après l'apparition de la première menstruation* ; elle peut se répéter à chaque période ; mais plus encore que la dysménorrhée, elle subit l'influence de causes diverses, susceptibles d'entraîner la congestion des organes du petit bassin (constipation, surmenage physique, et surtout comme nous le verrons, excès génitaux).

A la suite de ces poussées congestives, la ménorrhagie tend à s'établir d'une façon régulière ; chaque période dure dix, quinze jours, et comme souvent les douleurs dysménorrhéiques précèdent de plusieurs jours l'apparition de la période suivante, il en résulte que la malade, anémiée par ces pertes sanguines, déprimée par la douleur, n'a que quelques jours par mois où elle reste indemne de troubles.

Dans certains cas d'ailleurs, l'anémie est encore accentuée du fait de la production de pertes qui surviennent encore dans l'intervalle de deux périodes menstruelles ; mais ces *métrorrhagies* sont beaucoup plus rares que les ménorrhagies.

Pathogénie. — Ces hémorrhagies s'expliquent facilement par la congestion facile dont l'utérus rétrofléchi devient le siège, et presque tous les auteurs insistent sur la condure des vaisseaux qui entraîne l'hyperémie de l'utérus et la congestion intense de la muqueuse qui peut même revêtir un véritable aspect variqueux. Il est hors de doute que la métrite, quand elle vient compliquer la rétrodéviatiou, est encore une cause surajoutée pour la production de ces hémorrhagies. — Les ovaires de leur côté jouent également un rôle dans l'abondance de la menstruation.

Certains auteurs enfin font intervenir, en outre, des causes adjuvantes ; c'est ainsi qu'Hertoghe insiste sur le rôle de l'hémo-philie générale d'ordre dysthyroïdien, et sur l'influence de l'opothérapie thyroïdienne sur la guérison de certaines de ces ménorrhagies.

Leucorrhée

Dans l'intervalle des périodes menstruelles, il est fréquent de constater une leucorrhée plus ou moins accentuée, et trop souvent attribuée à une métrite qui n'existe pas.

Elle serait plus fréquente que dans l'antéflexion ; pourtant elle n'est pas constante et même pour Herman, elle n'est pas plus commune au cours des rétrodéviations que chez les personnes qui n'ont pas de déplacement utérin.

Nous la trouvons pourtant souvent signalée dans les observations de rétrodéviatiou primitive ; c'est un écoulement de mucus clair, qui commence souvent dès la puberté et augmente en général d'abondance à deux reprises successives, dans les jours qui précèdent et surtout dans ceux qui suivent la période menstruelle ; cet écoulement est même parfois assez prononcé pour obliger la malade à se garnir ; enfin il diffère nettement des écoulements symptomatiques d'une métrite tant au point de vue bactériologique qu'au point de vue cytologique (A. Siredey et Bigart, Harpey dans sa thèse).

Douleurs survenant dans l'intervalle des règles

Progressivement la malade qui d'abord ne souffrait qu'au moment de ses règles, continue à ressentir des douleurs pendant leur intervalle. Tout d'abord peu marquées (simple engourdissement dans la région lombaire, sensation de poids, de *pesanteur sur la région sacrée* ou *anale sensation de faiblesse dans le dos*) ces douleurs qui n'apparaissent au début qu'à la suite de fatigues, de surmenage physique, finissent par devenir continues. Elles empêchent la marche : la malade a peine à se tenir debout ; la station assise finit par devenir également impossible et le lit devient le séjour habituel de la patiente : encore ne suffit-il même plus à calmer les douleurs, et Courty insiste sur le peu de soulagement qu'amène le décubitus dorsal, tandis qu'au contraire l'allongement sur le ventre ou sur le côté atténue toujours la souffrance à tel point que la plupart des malades se mettent instinctivement dans cette position.

En même temps, parallèlement, l'intensité des douleurs augmente et surtout apparaissent des *irradiations* diverses dont certaines peuvent s'expliquer par le tiraillement des ligaments (Dolérís et Pichevin) et qui de ce fait existent surtout quand la malade se tient debout, se penche, va et vient ; ce sont surtout des irradiations lombaires et sacrées (ligaments utéro-sacrés) ou inguinales, vulvaires (ligaments ronds) ; quant aux irradiations

dans les cuisses, les membres inférieurs, nous verrons qu'elles relèvent plutôt de lésions nerveuses.

Ces crises de douleurs intenses coïncident presque toujours avec une congestion utérine manifeste. C'est dire qu'en dehors des périodes menstruelles, elles surviennent d'abord d'une façon irrégulière et dépendent de l'existence de causes de congestion. Mais ces congestions, à mesure qu'elles se répètent, reviennent de plus en plus facilement, sous la moindre influence, et la malade finit par n'avoir plus que quelques jours de repos relatif dans le mois.

Si à ce moment on l'examine, on se rend compte que c'est surtout le corps, gros et tendu qui est le *siège* d'une sensibilité exquise ; le simple contact du doigt explorateur fait éprouver un mouvement de recul à la malade. Mais la douleur la plus caractéristique et la plus vive que l'examen de l'utérus en rétro-déviatiou puisse provoquer est celle que produit l'introduction de la sonde utérine (Doléris et Pichevin) : aussi vaut-il mieux s'en abstenir à un pareil moment.

En raison de la souffrance que cause l'examen, il est souvent difficile de se rendre compte de l'état local et de soupçonner le facteur le plus probable des phénomènes douloureux. Ils peuvent en effet tenir à plusieurs *causes*.

Le plus souvent ils sont liés au déplacement utérin lui-même, à la congestion de tout l'organe prédominant sur le fond en situation déclive, et la preuve en est dans le fait que le repos seul ne suffit pas toujours à calmer la douleur, tandis qu'elle cède souvent à la remise en bonne position de l'organe. Mais à cette cause peuvent s'en ajouter d'autres : tiraillement des ligaments, lésions des annexes (prolapsus simple, ovarite scléro-kystique), œdème chronique du tissu cellulaire sous-péritonéal par excès de transsudation sanguine (Stapfer), irritation des surfaces péritonéales par frottement (face postérieure de l'utérus contre le rectum distendu ou l'ovaire prolabé) (Freudenberg, de Bovis) ; enfin métrite secondaire, avec souvent transmission de l'inflammation au tissu sous-péritonéal. (Pierre Delbet).

L'existence de ces douleurs permanentes augmentant passagè-

rement d'intensité n'est pas fatale et les troubles peuvent se borner à une dysménorrhée plus ou moins accentuée à laquelle se joignent de temps à autre des ménorrhagies ; mais c'est, dans les observations, le fait qui domine dans les causes qui ont poussé les malades, surtout les jeunes filles, à s'adresser au médecin. Elles supportent relativement assez longtemps leur dysménorrhée et ne se décident à demander un conseil que quand la douleur se fait par trop longtemps sentir et finit par entraîner une véritable incapacité de travail.

Mais habituellement quand la rétrodéviatiou en est arrivée à entraîner ce cortège douloureux, elle a pu produire toute une série de complications dont chacune, selon le cas, peut prédominer et donner à l'affection une allure clinique particulière.

Troubles urinaires

Les troubles urinaires sont assez rares comme complication des rétrodéviations primitives, et en général tardifs dans leur apparition.

Pourtant en raison de sa longueur possible, le col utérin peut comprimer, tirailler et irriter le col vésical, d'où envies fréquentes d'uriner qui deviennent parfois impérieuses, ténésme vésical, dysurie, exceptionnellement rétention d'urine. — Enfin assez souvent, la vessie gênée dans ses mouvements ne se vide pas au complet et cette rétention partielle peut favoriser la production d'une cystite, le plus souvent légère, qui ne cède définitivement au traitement que quand la déviation a été réduite.

Ces troubles sont d'ailleurs, quand rarement ils existent, passagers, surviennent à l'occasion d'une congestion utérine qui augmente le volume de l'organe et disparaissent en général avec elle.

Mentionnons enfin le *flexion des uretères* par l'utérus rétrofléchi, et consécutivement leur dilatation par obstacle au passage de l'urine : Hildebrandt a rapporté une série de cas de cette complication. Schultze en parle en disant qu'elle est rare : pour Pierre Delbet, elle est impossible « pour cette double raison que

le col avec lequel les uretères sont en rapport ne subit pas dans la rétrodéviatiou de déplacement considérable et que les connexions du col avec ces canaux sont extrêmement lâches. »

Troubles intestinaux

Les troubles que les rétrodéviations primitives produisent du côté de l'intestin sont beaucoup plus fréquents.

La *constipation* est de règle, et, bien qu'habituelle chez la plupart des femmes, y semble plus commune encore ; si la déviation ne la produit pas, on peut dire du moins qu'elle l'exagère. Par contre la constipation est elle-même susceptible de retentir sur l'évolution des troubles liés à la déviation, soit que l'accumulation des matières fécales dans le rectum finisse par irriter le fond de la matrice (Schroëder), soit que la congestion qu'elle entraîne dans tout le petit bassin détermine une poussée du côté de l'utérus. Et comme chaque fois que l'utérus rétrofléchi se congestionne, il devient douloureux, l'obstacle à la défécation augmente de ce fait, si bien qu'il y a là une influence réciproque des deux lésions l'une sur l'autre, influence qui tend à augmenter leur intensité à toutes deux.

Nous avons vu que la constipation jouerait pour certains auteurs un certain rôle dans la production des rétrodéviations primitives ; « pourtant l'influence de la déviation en pareil cas ne peut guère être mise en doute, car la disparition des accidents intestinaux suit rapidement une bonne correction et leur retour permet de supposer la reproduction du déplacement, facile à constater par ses signes ordinaires. » (Bouilly).

Mais *comment cette déviation entretient-elle la constipation ?* La première explication qui se présente à l'esprit est la *gêne mécanique* que le corps utérin, pressant sur le rectum, apporte au passage des matières, et Laphorn Smith fait même à ce propos une comparaison originale : « la constipation est même opiniâtre quand la malade a des selles liquides obtenues par des purgatifs ; la matrice agissant alors comme une soupape en caoutchouc,

plus la femme force, moins elle est capable de faire passer les fèces. » — Mais si le corps utérin rétrofléchi peut apporter une certaine gêne au cours des matières, pour bien des auteurs il n'est pas suffisant par lui seul ; la constipation relève plutôt d'un *réflexe* à point de départ pelvien qui provoque et entretient un état de spasme du gros intestin (Mathieu).

Ce spasme se traduit même parfois au niveau du sphincter anal par un *ténésme* persistant. A. Siredey appelle souvent l'attention sur ces phénomènes spasmodiques qui empêchent la femme d'aller à la selle alors même que le rectum ne renferme que des matières molles et sans qu'il existe de la rectite.

Le séjour habituel des matières dans le rectum finit en effet « par entraîner une irritation de l'épithélium de la muqueuse, mettre à nu le réseau lymphatique sous-muqueux, faire grandes ouvertes les portes à l'infection. Celle-ci une fois accomplie, l'organe entier sera lésé dans sa totalité ; les glandes étant infectées, l'affection deviendra d'une ténacité désespérante ».

C'est ainsi que Letcheff explique le rôle mécanique joué par la déviation utérine sur la production des accidents intestinaux, et notamment de l'entérococolite mucomembraneuse.

L'entérite glaireuse, assez souvent en effet limitée au début du rectum, finit par gagner tout le gros intestin ; on a alors affaire à l'*entérococolite mucomembraneuse*, avec tout son cortège, et qui persiste, survenant par poussées, tant que l'utérus reste en mauvaise position ; même la guérison de la déviation n'entraîne pas toujours celle de l'affection intestinale (Ozenne) ; Secheyron rapporte pourtant 4 cas où après hystéropexie les accidents finirent par s'améliorer ou disparaître au bout d'un an et plus, mais après avoir présenté une exagération immédiatement après l'intervention. Une des observations qui suivent relate de même la guérison, à la suite d'hystéropexie, d'une entérococolite rebelle pour laquelle une jeune fille avait fait en vain une série d'essais thérapeutiques les plus variés.

A côté de ces troubles intestinaux relativement fréquents, on peut en rencontrer *toute une série d'autres* : dilatation de l'estomac, des vomissements rebelles, (ils firent consulter la malade

dans deux des observations), inappétence, gastralgie, en somme dyspepsie gastro-intestinale. Mais ces accidents ne sauraient être mis directement sous la dépendance de l'appareil génital ; ils relèvent plutôt de la dépression ou de l'irritabilité du système nerveux.

Troubles du système nerveux

Le système nerveux semble en effet fréquemment atteint au cours des rétro-déviation.

Une des sensations les plus fréquentes dont se plaignent les malades, c'est un *affaiblissement marqué des membres inférieurs*, parfois plus marqué d'un côté que de l'autre, simple parésie, mais suffisante pour entraîner parfois une impuissance physique marquée. Graily Hewitt insiste sur ce symptôme qui pour lui est considéré à tort comme de nature hystérique ; il le nomme *dyskinésie utérine* et montre comment ces malades arrivent « à perdre la sympathie de leurs parents qui sont convaincus qu'elles pourraient très bien travailler ou marcher si elles se forçaient un peu »,

A côté de cette parésie, on a décrit, en outre de véritables *paraplégies*, et surtout des *douleurs névralgiques* variables suivant les nerfs atteints : sciatique, iléo-lombaire, fémoro-cutané, génito-crural ; des douleurs plus éloignées : *rachialgie*, surtout prononcée pendant la nuit et qui relèverait plus de l'hypothyroïdie que de la déviation (Hertoghe), *céphalalgie*, *migraine*.

On a enfin lié à la présence de la déviation des *manifestations encore plus diverses* : hystérie, chorée, toux quinteuse, aphonie, asthme, hypochondrie, neurasthénie ; Hildebrandt rapporte même l'observation d'un cas de grossesse nerveuse (Obs. XLVII).

Pour expliquer le rôle de la rétro-déviation sur la production de ces troubles nerveux, les auteurs qui les admettent invoquent plusieurs mécanismes : soit compression directe des troncs nerveux par le corps utérin, explication acceptable pour quelques

uns ; soit plus souvent voie réflexe. Lapthorn Smith (1900) unit même les deux mécanismes : « Le grand sympathique vaso-moteur, contrairement au système cérébro-spinal, a sa tête sur le sacrum, précisément au-dessous de la matrice renversée, et, à chaque pas que la femme fait, il y a un choc sur ce grand ganglion du sympathique, causant une irritation aux nerfs vaso-moteurs du cerveau ou des autres organes ».

Schröder, Schultze, Olshausen, Graily Hewitt admettent, quel qu'en soit le mécanisme, l'influence prononcée de la déviation sur la genèse des troubles nerveux et rapportent tous des observations où ces derniers disparurent complètement dès la réduction de la rétroflexion ; ils reconnaissent pourtant que leur importance varie suivant les maladies, en proportion de l'irritabilité de leur système nerveux. Par contre Theilhabet, Wormer, la plupart des auteurs français, tendent à séparer nettement tous ces symptômes de la rétrodéviations ; peut-être pourrait-on admettre que l'infantilisme génital s'accompagne fréquemment d'un affaiblissement du système nerveux qui prédispose à toutes ces complications (Pozzi, Muret, de Lausanne) ; mais nous concluons, avec A. Siredey, qu'il est impossible de laisser, en présence de tous ces troubles, les lésions de l'appareil génital au premier plan ; les accidents utérins ne sont que le prétexte des perturbations variées survenues chez de telles malades qui sont avant tout des nerveuses. A l'appui de cette manière de voir, on peut citer l'observation de Doléris-Richelot que nous reproduisons et dans laquelle une malade subit une série d'interventions successives et finalement l'hystérectomie, sans pour cela voir ses souffrances disparaître, ni même diminuer.

Infection. — Métrite. — Fausse métrite.

Jusqu'ici nous n'avons parlé de l'infection qu'en somme pour combattre son rôle dans la pathogénie de ces rétrodéviations primitives ; pourtant ces dernières ne sauraient malheureusement l'ignorer. Même pendant la vie de jeune fille, sans parler de l'infection gonococcique assez fréquente dans un certain milieu, des

infections banales, autochtones selon l'expression de A. Siredey, peuvent déterminer une véritable métrite. Les causes qui prédisposent à cette infection sont en effet nombreuses : brièveté du vagin ; longueur du col ; sténose du canal cervical et déclivité du corps utérin favorisant la stagnation dans la cavité corporelle du mucus, du sang, milieu favorable au développement des germes et à l'exagération de leur virulence ; tendance de l'organe à la congestion ; enfin souvent insuffisance musculaire de l'utérus qui de plus, mal placé, est dans un état de moindre résistance et se défend plus difficilement contre l'infection ascendante.

C'est pour toutes ces raisons que la rétrodéviatiou primitive rentre dans les causes relativement fréquentes des *métrites virginales*, et son influence n'est pas niable, car tant que l'utérus reste en mauvaise position, la métrite résiste au traitement ; la *rétro-déviatiou a donc pour effet d'aggraver* encore l'infection de l'utérus qu'elle rend encore plus tenace qu'habituellement.

C'est alors qu'on constate l'augmentation des douleurs qui occupent le bas-ventre et de préférence la région sacrée ; ces douleurs s'exaspèrent encore au moment des règles qui sont plus profuses que d'habitude et donnent lieu à de véritables ménorrhagies ; entre deux périodes menstruelles surviennent des métrorrhagies plus ou moins abondantes, et toujours un écoulement purulent souvent fétide. Ces phénomènes peuvent s'accompagner d'une certaine réaction de l'état général, d'un léger état fébrile ; de plus, ils ne restent pas localisés à l'utérus, mais tendent à envahir les tissus péri-utérins et les annexes, comme en témoigne l'examen local. Au toucher on constate souvent que le col, sain en dehors de ces cas, est exulcéré, douloureux à la pression du doigt ; le corps est gros, tendu, mais toujours moins volumineux dans ces rétrodéviations primitives que dans celles qui succèdent à l'accouchement (Barnes) ; il est encore plus sensible que le col, et à ce moment on ne saurait tenter la moindre tentative de réduction. Les culs-de-sacs sont empâtés et également douloureux.

Certains auteurs (Schultze, Pozzi) vont même jusqu'à admettre que, en dehors de la dysménorrhée, les autres phénomènes : hé-

morrhagies, douleurs intermenstruelles, sont toujours sous la dépendance de la métrite, et font rentrer ces cas dans le cadre des métrites virginales. Mais ces derniers troubles liés le plus souvent à la congestion de l'utérus ne dépendent pas d'un élément microbien ; c'est bien d'une *fausse métrite* qu'il s'agit ; tandis qu'en effet la métrite vraie « comporte un ensemble de troubles réactionnels corrélatifs de toute inflammation » (fièvre, sécrétions franchement purulentes, tendance à envahir les annexes le paramétrium, persistance cédant difficilement au traitement) « la fausse métrite évolue sans fièvre, reste localisée : son évolution se fait sur place, sa durée est brève ; enfin surtout le simple traitement de la cause (ici redressement de l'utérus) en vient facilement à bout. » (Doléris) — Fritsch (1898) va même plus loin « dans la rétroflexion virginale, il peut survenir *sans infection* de la stase dans le corps utérin, de la périmétrite, de l'ovarite, de la *fixation de l'utérus dans le Douglas*. »

Influence du mariage

Ces phénomènes de fausse métrite traduisent surtout l'existence de poussées congestives susceptibles de survenir à l'occasion de causes multiples ; parmi les plus fréquentes, il faut citer les excès génitaux et c'est là que nous allons voir apparaître l'influence du mariage, et sous ce nom nous avons plutôt en vue le *mariage physiologique* selon l'expression de A. Siredey, que le mariage légal.

Un des premiers effets du mariage peut être en effet de *révéler une rétrodévi*ation qui jusque-là était restée latente et nous en trouvons plusieurs exemples dans les observations que nous avons pu réunir ; c'est même pour ce motif que les anciens auteurs (Mme Boivin et Dugès, Demarquay et St-Vel) décrivaient minutieusement le rôle du coït dans la genèse des rétrodéviations, frappés qu'ils étaient par la fréquence relative de ces dernières dans les premiers temps qui suivent le mariage. — Dans ce cas c'est le plus souvent soit la dysménorrhée, soit la ménorrhagie qui attire l'attention de la malade.

Mais même quand ces troubles existaient avant le mariage, il est presque de règle qu'ils s'exagèrent; dans aucune des observations que nous avons pu consulter nous n'avons trouvé que les rapports sexuels aient apporté une amélioration sensible aux souffrances qu'éprouvait la jeune fille. Fritsch écrit pourtant que quelquefois le coït a une influence favorable sur la diminution de la dysménorrhée parce que l'utérus, arrêté dans son développement, rattrape encore le temps perdu par suite de la congestion due à l'acte sexuel.

Barnes, en 1876, insistait déjà sur cette influence du mariage sur l'aspect clinique des rétrodéviations primitives : « Quand une femme atteinte de rétroflexion se marie, ses souffrances augmentent en général. A la congestion menstruelle, s'ajoute une autre cause de congestion : l'organe n'a pas les intervalles de repos dont il a besoin ; il reste constamment dans un état d'hyperémie qui confine à l'inflammation ; il tend à l'hyperplasie et à l'hypertrophie : il ne remplit ses fonctions qu'avec difficulté. La dysménorrhée est plus pénible, la ménorrhagie n'est pas rare, la dyspareunie est presque constante ». — A. Siredey a décrit également minutieusement cette *métrite par balistique* des anciens auteurs. « Dans le début du mariage, des douleurs vives se font sentir dans toute la partie inférieure du bassin ; limitées d'abord à l'utérus et aux culs-de-sac vaginaux, elles irradiant dans les reins et les membres inférieurs, s'accompagnant parfois de ténésme vésical et rectal. Cependant la leucorrhée est modérée ; si elle existe, elle consiste plutôt en un liquide filant, clair, peu abondant, bien différent des grosses glaires qui caractérisent le catarrhe blennorrhagique. Il se produit fréquemment un léger suintement sanguin : au moment des règles, la perte prend quelquefois le caractère ménorrhagique ». Il s'agit jusque-là d'une fausse métrite.

Mais sous l'influence des chocs répétés que subit l'utérus, le corps se congestionne, le col s'entrebaille légèrement et l'on comprend que l'infection se fasse facilement dans de telles conditions donnant lieu à une *métrite véritable*, généralement peu grave ; mais si aux causes d'infection banale se joint le gonocoque, le pronostic change singulièrement et la métrite blennorrhagique

est encore aggravée du fait de la mauvaise position de l'utérus. Celle-ci entraîne en effet la suppression du drainage naturel de la cavité utérine, et une infection même très atténuée détermine rapidement des dyspareunies : « Voilà pourquoi les rétroversions sont beaucoup mieux supportées en général par les jeunes filles que par les femmes plus exposées aux infections génitales ». (Bar).

Dyspareunie.

Ces formes de métrite, liées aux excès génitaux, se rencontrent dans les cas de rétrodéviations primitives, congénitales ou pueriles, qui, nous l'avons vu, s'accompagnent de vagin court, de col long ; le pénis vient buter d'abord sur le col, puis, passant en arrière de lui, vient contusionner le corps et le cul-de-sac de Douglas. C'est là la cause habituelle de la *dyspareunie*, signalée dans nombre d'observations, même en dehors de symptômes utérins aigus et comme signe qui, à lui seul, peut révéler, le premier, la rétrodéviation.

Cette douleur que provoquent les rapports sexuels est plus ou moins intense ; tantôt la malade n'éprouve qu'une sensation de malaise, de « quelque chose qui la pousse », tantôt les souffrances sont plus vives ; elles peuvent être immédiates et cesser avec l'acte sexuel ; mais parfois celui-ci laisse pendant quelques heures dans tout le ventre une sensation de fatigue, de courbature anormale ; dans l'observation de Brennan, nous voyons que la douleur persistait le matin après le lever, même quand le coït avait été pratiqué le soir ; plus rarement enfin elle peut durer plusieurs jours.

L'intensité de ces souffrances finit par déterminer quelquefois, par répercussion sur le système nerveux, de véritables phénomènes de vaginisme, une contracture réflexe qui précède alors toute tentative d'approchement et finit par rendre le coït presque impossible, par le faire dégénérer en un véritable supplice ; plusieurs femmes comparent leurs souffrances aux élancements que donne un panaris (Laphorn Smith) ; et cet auteur ajoute : « Quand une femme est déjà irritée contre tout le monde, si son mari vient

lui donner des coups sur son panaris, il est facile de comprendre que cela n'est pas pour la rendre de bonne humeur ».

Cette gêne dans l'accomplissement des fonctions génitales, qui peut être parfois le premier symptôme d'une rétrodéviati^on primitive, réclame donc, comme le fait remarquer Atthil, « toute notre attention à cause des embarras qu'elle fait naître et parce qu'elle est souvent le point de départ de difficultés dans la vie matrimoniale ».

Prolapsus des annexes

Cette dyspareunie ne tient d'ailleurs pas toujours seulement à l'état anatomique du vagin, du col utérin ou aux congestions douloureuses de la matrice ; elle relève souvent d'une complication fréquemment associée à la rétrodéviati^on : le prolapsus des annexes dans le cul-de-sac de Douglas. On trouve ce déplacement souvent noté dans les cas où une intervention a été nécessaire pour traiter une rétrodéviati^on primitive, et même dans plusieurs cas, comme dans celui de Terrier, cette intervention a permis de voir qu'on avait à tort pris ce prolapsus pour une salpingite.

Le plus souvent en effet « les lésions annexielles associées à ces rétrodéviations primitives leur sont consécutives ; il s'agit de rétroprolapsus secondaire, simple, des annexes, avec congestions actives ou passives, exsudats hématiques et adhérences lâches dues à ces exsudats au moment de la menstruation. L'évolution des crises douloureuses qui caractérisent ces lésions, sans fièvre, au moment des règles, avec rapide résolution des exsudats, la faible augmentation de volume des annexes, leur réduction facile quand on remet l'utérus en place par le cathétérisme, la guérison presque constante après le redressement de la déviation, tout cela cadre bien avec l'idée de lésions minimes liées au rétroprolapsus des annexes » (Dolér^{is}).

Cette complication se traduit cliniquement par des phénomènes douloureux qui surviennent dans deux circonstances capitales : dans les rapports sexuels et dans la défécation. « Ces douleurs

qui se ressemblent présentent absolument les mêmes caractères aux dires des malades ; vives, intenses, intolérables, apparaissant subitement à l'occasion du coït ou de la défécation et persistant plus ou moins longtemps : une, deux, trois heures, ces souffrances ne ressemblent à aucune autre. C'est surtout une sensation d'arrachement dans les aînes, avec souvent irradiations dans la cuisse correspondante le long du trajet du nerf génito-crural ; presque toujours, elles s'accompagnent de *nausées*, mais rarement de vomissements.

Ces douleurs s'exacerbent encore au moment des règles, s'accompagnent de ténésme rectal et deviennent parfois véritablement angoissantes, presque syncopales ». (Vallin) Elles ajoutent encore à la dyspareunie en même temps qu'elles tendent à exagérer les troubles nerveux ; pourtant Dupont dans sa thèse montre d'après les observations de malades revues à la suite d'ignipuncture et chez qui l'utérus était resté dévié, que souvent les phénomènes douloureux persistaient et ne disparaissaient complètement que quand on avait remis l'utérus en situation normale.

Prolapsus de l'utérus

Parmi les autres complications des rétrodéviations primitives, signalons encore immédiatement l'importance que les auteurs allemands (Schultze, Fritsch, Lehr) accordent à la rétrodéviatio dans l'étiologie du prolapsus utérin. « Quand l'utérus est rétro-dévié, plus son axe coïncide avec celui du vagin, plus la pression abdominale a de force pour pousser l'utérus vers la vulve ».

Delanglade, dans un rapport sur les prolapsus génitaux fait au Congrès de gynécologie d'Alger (1907) fait remarquer que souvent *dans les prolapsus qui suivent l'établissement de la puberté*, on a remarqué que l'utérus présentait de l'infantilisme avec un très petit corps anté ou rétrofléchi et un long col.

Stérilité

Mais une des plus importantes complications de la rétrodévi-
tion primitive, une de celles qui domine parfois toute la sympto-
matologie et pousse par elle seule la malade à demander conseil
au médecin, c'est la stérilité (5 des observations). Celle-ci est en
effet très commune dans le cas de rétrodévi-
tion primitive et on
peut dire que ce déplacement utérin joue un rôle aussi important
dans la gêne apportée à la fécondation que l'antéflexion congé-
nitale.

Les causes de cette stérilité sont multiples et la plupart ont fait,
chacune pour leur propre compte, l'objet de travaux multiples.
Nous n'avons pas ici à nous étendre longuement sur elles et nous
nous bornerons à mentionner les plus importantes.

Cette stérilité peut tout d'abord relever de *l'état du développe-
ment utérin*, et si l'utérus foetal semble voué à une stérilité cer-
taine, l'utérus infantile et surtout l'utérus du type pubescent de
Puech est susceptible, parfois sous l'influence des congestions
répétées déterminées par des rapports génitaux, d'évoluer et de
permettre ultérieurement une fécondation. Mais ce n'est là qu'un
facteur possible de stérilité ; il est loin d'être le plus fréquent, et
on peut trouver, associées ou non, les principales causes sui-
vantes :

*Rétrécissement du canal cervical au niveau de l'angle de
flexion.*

Sténose des orifices du col, et particulièrement de l'orifice ex-
terne.

Forme du col (longueur anormale, col en cône, en toupie, col
tapiroïde).

Situation de l'orifice externe du col par rapport au vagin (le
col peut en effet être masqué, recouvert par la muqueuse vagi-
nale ou accroché au pubis, si bien qu'il est presque impossible
de l'amener dans la lumière du spéculum).

Brièveté du vagin (Dans la rétroflexion virginale, un vagin en
ligne droite, particulièrement étroit, provoque la stérilité par

manque d'espace pour le liquide spermatique qui est expulsé immédiatement post coïtum (Fritsch et plus récemment Rünge 1909).

Colpocèle postérieure profonde ou *fausse route vaginale de Pajot* en rapport avec cette brièveté du vagin et qui fait également que le sperme reste loin de l'orifice cervical.

A ces causes d'ordre anatomique et mécanique s'en joignent d'ordre dystrophique :

Gonflement et épaissement de la muqueuse tenant à la congestion de l'utérus.

Bouchon muqueux cervical de Pozzi, jouant surtout un rôle mécanique.

Ecoulement glaireux abondant qui peut, par son acidité possible paralyser la vitalité des spermatozoïdes (Kish).

Enfin l'état des annexes peut s'associer encore à ces lésions ; les ovaires sont fréquemment comme l'utérus, incomplètement développés ; fréquemment ils sont atteints de dégénérescence scléro-kystique. — Enfin la *coudure de trompes* par suite de la rétro-déviation jouerait dans certains cas, pour Küstner, un rôle également important.

Et si, à tout cela, on ajoute encore la *dyspareunie* relativement fréquente, on voit combien sont nombreuses les causes susceptibles d'expliquer la stérilité dans ces cas.

Quant au rôle de la *rétrodéviation primitive par elle-même*, il semble que, *par son seul fait*, et c'est surtout ce qui nous intéresse ici, elle suffise souvent, sans qu'il soit besoin d'invoquer tant de raisons, à empêcher la fécondation. Relativement nombreuses sont les observations de grossesses survenues à la suite d'une simple opération fixant l'utérus en bonne position, sans autre traitement. Laphorn Smith, qui à la suite de 80 opérations d'Alexander sur des nullipares mariées depuis plusieurs années, en eut 20 suivies de grossesse, rapporte même le cas d'« une fille qui avait des rapports clandestins depuis plusieurs années sans conséquence et qui commençait à souffrir tellement qu'elle lui fut envoyée par son médecin pour faire une opération d'Alexander : l'opération a trop bien réussi, car en retournant à son amant, elle est devenue enceinte. »

Mais si nous avons insisté un peu longuement sur les nombreuses causes anatomiques, mécaniques et dystrophiques qui sont trop souvent associées à la rétrodéviatiou primitive, c'est pour montrer que cette affection a pourtant, par elle seule, moins d'importance au point de vue d'un *pronostic* fatal qu'une rétrodéviatiou secondaire à un premier accouchement, chez une femme devenue secondairement stérile. Si bien que, chez une nullipare qui vient demander conseil parce qu'elle tient à être mère, il faudra non seulement tenir compte de la rétrodéviatiou qu'elle peut présenter, mais encore rechercher parmi toutes les autres causes celles qui peuvent s'adjoindre à la déviatiou, et elles varieront naturellement avec chaque malade, c'est ce qui permettra un traitement approprié à chaque cas.

Enfin, quand bien même on pourrait juger la malade comme vouée presque fatalement à la stérilité, et même si l'on pensait toute thérapeutique inutile, sera-t-il bon de faire toujours quelques réserves et de n'être jamais trop affirmatif, car on a pu voir dans certains cas survenir une grossesse inespérée. Et à ce propos on peut encore rapporter l'observation de Pajot, « d'une dame ayant vu tous les médecins d'Europe et à qui tous, sauf Scanzoni, avaient dit qu'elle resterait stérile ; la rétroflexion était si accentuée et si manifeste que Pajot n'introduisit pas l'hystéromètre. Or la dame était enceinte de 8 à 10 jours au moment de l'examen ».

Grossesse

La fécondation n'est pas en effet exceptionnelle chez une femme atteinte de rétrodéviatiou primitive ; mais quand elle se produit, elle peut, par son évolution, entraîner l'apparition de nouveaux accidents.

Dans le courant du deuxième ou du troisième mois, les troubles fonctionnels qui existaient auparavant s'exagèrent, ou bien apparaissent dans les cas où la grossesse va produire les premiers symptômes de la déviatiou. Les phénomènes douloureux augmentent d'intensité, la constipation devient opiniâtre, mais ce sont

surtout les *troubles urinaires* qui prennent le premier plan : la miction est plus fréquente, la vessie se vide mal ; il se produit une rétention habituellement incomplète, mais qui peut devenir complète avec évacuation par regorgement, toutes causes favorisant la production d'une cystite qui vient relativement souvent aggraver encore tous ces symptômes.

L'évolution de cette grossesse peut se faire différemment.

1°) Avortement

Un des modes les plus fréquents de cette évolution est l'avortement, si bien que certains auteurs posent comme une règle que si une femme a eu plusieurs fausses couches du deuxième au troisième mois sans qu'elle ait été atteinte de syphilis, on est presque certain en l'examinant de trouver une rétrodéviatiion. Pour Schultze même, qui n'admet pas que la rétrodéviatiion gêne la conception, la malade conçoit même plus souvent que les femmes bien portantes, puisque sa grossesse se termine au bout de peu de temps, et quand elle devient stérile c'est par suite de l'infection puerpérale liée à l'une des fausses couches.

« Cet avortement peut survenir dans la sixième ou la huitième semaine, et est souvent alors dû au coït ; il est même parfois précédé de rapports sexuels douloureux et de petites hémorrhagies légères post coïtum. D'autres fois il survient plus tard, au cours du troisième ou du quatrième mois, et semble la conséquence du redressement spontané de l'utérus qui tend à s'élever dans l'abdomen et à reprendre sa position normale ; il en résulte parfois des décollements placentaires qui peuvent donner lieu à des hémorrhagies et s'accompagner de l'expulsion du fœtus » (A. Siredey). — L'avortement suit de même assez fréquemment la réduction thérapeutique. — Enfin à ces causes diverses, on peut ajouter le rôle joué par l'hypoplasie utérine comme prédisposant encore par elle-même à l'avortement.

2°) Incarcération de l'utérus gravide

Si par contre la grossesse continue à évoluer, les troubles s'aggravent encore, susceptibles d'entraîner des complications mor-

telles pour la malade : ils traduisent l'*incarcération complète* de l'utérus gravide et nous n'avons pas ici à insister sur leur description.

Disons pourtant que Lefour et Péry, se basant sur l'observation d'une jeune femme (obs. LXV) dont l'attention n'avait été attirée par des troubles vésicaux qu'au 5^e mois de sa grossesse et qui présentait une *rétroversion partielle* de l'utérus gravide, pour expliquer cette *rétroversion partielle*, font jouer un certain rôle à l'hypertrophie du col. Nous avons vu en effet à l'anatomie pathologique que Griziatti avait décrit (obs. LII.) une hypertrophie longitudinale du col par troubles de la circulation utérine, survenant par suite de la *rétroflexion* du corps associée à une brièveté congénitale du vagin, hypertrophie augmentée par les congestions répétées causées par les rapports sexuels. Si la grossesse survient, l'utérus tend bien à se relever, « mais le volume du col, encore augmenté par l'œdème dû aux troubles circulatoires habituels en pareil cas, ne se prête pas à une semblable bascule. La *rétroversion* ou la *rétroflexion complète* ne sont guère possibles en raison même du volume de ce col qui remplit en partie l'excavation pelvienne.

Il faudra donc, ou bien qu'il se fasse une flexion au niveau de l'isthme, le col conservant sa situation et le corps basculant en avant, ou bien, si cette flexion ne se produit pas, que le promontoire, venant pour ainsi dire s'enfoncer comme un coin dans le fond utérin le divise en deux parties, l'une intrapelvienne, l'autre abdominale, réalisant ainsi la *rétroflexion incomplète* observée chez la malade. » (Lefour et Péry).

3.) Réduction spontanée

Mais l'*évolution habituelle* de l'utérus gravide rétrodévié se fait vers la réduction spontanée. Celle-ci débute dans le cours du quatrième mois, et dans la moitié de la grossesse, l'utérus achève son développement en position normale ; les symptômes disparaissent, sauf parfois la cystite qui persiste. C'est là le mode d'évolution de beaucoup le plus fréquent. (Theilhaber).

Mais, même quand la grossesse arrive à son terme, du fait de la fréquence du type infantile associé à la rétroflexion congénitale, la malade serait, d'après Schæffer (1903) exposée plus que d'autres, à la *réten tion des particules placentaires* et aux *hémorrhagies secondaires*; et cela en raison de la structure spéciale qu'offre le placenta dans ces utérus infantiles et dont Schæffer décrit deux types anatomiques.

Signalons enfin que ces rétrodéviations primitives prédisposeraient à la *grossesse extra-utérine*, soit en raison de l'état infantile des trompes (Freund), soit par suite de leur coudure résultant de leur déplacement par l'utérus rétrodévié (Küstner).

ÉVOLUTION. FORMES CLINIQUES.

Toutes ces complications ne sont pas aussi fréquentes les unes que les autres, et l'évolution d'une rétrodéviatiou primitive ne s'accompagne pas forcément d'un tel ensemble de troubles. Mais nous avons été obligés d'en parler un peu longuement, car parfois c'est une de ces complications qui, existant seule, nécessite un examen médical.

Rétrodéviations primitives latentes, indifférentes.

Il y a en effet des formes latentes ; la rétrodéviatiou ne se traduit par aucun symptôme fonctionnel ; on la trouve au cours d'un examen pratiqué pour un symptôme qui n'a que de lointaines relations avec elle (aménorrhée : observation de Le Lorier) (obs. XLVI) ou qui n'en a aucune (tumeur blanche du genou, observation de Vaille ; vérification à l'autopsie) (obs. XLIV). Ce sont en somme des *rétrodéviations indifférentes* ; on les rencontre surtout chez les vierges.

Rétrodéviations primitives, sans symptômes utérins proprement dits, et révélées par une complication

Cette indifférence peut persister toujours ou bien être révélée par l'apparition d'une complication. C'est ainsi que dans les observations que nous avons pu réunir on voit que l'attention de la malade a été attirée par :

La stérilité	5 fois
Des troubles liés à l'évolution d'une grossesse au début	4 »
Des ménorrhagies seules.	4 »
La dyspareunie	3 »
Des troubles intestinaux	2 »
Des troubles gastriques	2 »

Des troubles nerveux.	3 »
Des troubles vésicaux	1 »
La chlorose	1 »

Suivant que tel ou tel de ces symptômes prédomine dans le tableau clinique, on pourrait décrire autant de *formes* dans la description des rétrodéviations primitives.

D'une façon générale, on peut dire cependant qu'il y a des formes où *les symptômes fonctionnels sont tout* et où les troubles locaux réduits à leur minimum doivent être recherchés de parti pris sans que la malade attire l'attention de ce côté ; — et des formes où par contre ce sont les *troubles d'origine utérine pure* qui gardent le premier plan.

Évolution habituelle

Mais dans la grande majorité des cas, on voit au contraire que c'est l'évolution que nous avons décrite qui est la plus habituelle ; d'abord dysménorrhée commençant soit avec, soit après la puberté ; puis ménorrhagies ; puis douleurs dans l'intervalle des périodes menstruelles, symptômes qui augmentent presque toujours après le mariage.

Et encore dans cette forme il y a *des degrés* ; ceux-ci sont souvent liés à la congestion utérine.

a). — *La congestion de l'utérus rétrodévié peut être passive*, continuelle, résultant de la circulation défectueuse du parenchyme utérin en raison de sa déclivité. C'est alors que la malade accuse en dehors de la dysménorrhée, en dehors par conséquent de la période menstruelle, une sensation de pesanteur dans l'abdomen, de gêne mal définie, phénomènes peu intenses, sans gravité réelle, mais pénibles et déprimant par leur continuité. » (A. Siredey.)

b). — Mais sur cette hyperémie passive peuvent venir se greffer, comme au moment des règles, des poussées de *congestion active*, qui surviennent à la suite de fatigues exagérées, surtout d'excès génitaux, et sont variables en intensité, mais en général

de courte durée : mais qui atteignent leur maximum de fréquence chez les malades de souche neuro-arthritique.

c) **Le neuro-arthritisme.** — Influence même suffisamment sur le tableau clinique pour permettre de décrire une forme un peu spéciale aux rétrodéviations primitives de ces malades. Celles-ci accusent une sensation de poids, surtout accusée dans la région hypogastrique et le périnée, mais pouvant envahir les fosses iliaques ; c'est surtout une sensation de plénitude, « il semble que l'appareil génital soit augmenté de volume et plus lourd qu'à l'état normal » (A. Siredey). La miction est fréquente, la constipation s'accroît. s'accompagne parfois de ténésme. → A cette douleur sourde se joignent souvent des irradiations diverses le long des nerfs émanés des plexus sacrés ou lombaires ; ces phénomènes ont en effet « tous les caractères d'une névralgie, sans rapport avec le degré de la déviation » (Richelot) ; ils surviennent *par crises* que termine parfois un écoulement sanguin plus ou moins abondant ; mais la répétition de ces crises finit par restreindre singulièrement l'activité de la malade et par en faire une véritable impotente.

SIGNES PHYSIQUES

Il est donc du plus grand intérêt pour la malade de dépister la lésion première, originaire des troubles qu'elle présente, et l'examen physique seul est capable de donner les renseignements suffisants.

Etat général de la malade

A première vue, étant donnée la fréquence relative de la persistance complète ou plus souvent partielle de l'état infantile sur l'utérus ou les annexes, on pourrait croire que ces malades sont des sujets débiles, anémiques, chlorotiques, de petite taille, présentant des tares multiples (thorax étroit, os grêles, seins rudimentaires,

symptômes d'hypothyroïdie, d'insuffisance hypophysaire, etc.) Or il n'en est rien, et il est aussi fréquent de rencontrer ces rétro-déviationes chez des jeunes filles bien portantes, bien constituées, d'une conformation générale normale, et parfois même ayant des tendances à l'obésité.

Organes génitaux externes.

Il en est de même des organes génitaux externes ; on pourra bien rencontrer une vulve en entonnoir, à ouverture étroite, entourée de grandes lèvres maigres et atrophiques, un périnée creux, manquant de hauteur, à repli saillant ; mais le plus souvent rien de spécial n'attire l'attention de ce côté.

Toucher.

Au toucher la rétroflexion congénitale ou puérile présente en général des caractères qui permettent, en les rapprochant de l'absence de tout antécédent infectieux, de la différencier de la rétro-déviation secondaire.

On note tout d'abord la *brièveté du vagin* associée à la longueur anormale du col, ce qui fait qu'on est surpris de tomber immédiatement sur ce col qui n'est guère qu'à 3 ou 4 centimètres de l'orifice vulvaire. Ce col, allongé, souvent un peu grêle, regarde en bas et en avant et se continue avec un corps globuleux, légèrement renflé, et l'utérus dans son ensemble prend l'aspect d'une *cornue de laboratoire* (A. Siredey) ; le doigt, qui aborde facilement le fond du cul-de-sac postérieur permet de reconnaître le degré plus ou moins prononcé de la flexion qui reste fixe et ne diminue pas sous la pression du doigt ; quand elle est très prononcée, que l'utérus est *en crosse* (A. Siredey), col et corps semblent être dans le même axe ; le doigt sent nettement le sillon qui les sépare, mais ne peut s'insinuer entre les deux parties de l'organe. Enfin en général cet utérus rétrofléchi a peu de tendance à se placer en rétroversion ; quelquefois même le col regarde en arrière.

Quant à l'*utérus*, dans son ensemble, il a gardé sa mobilité; celle-ci est pourtant un peu diminuée du fait de la brièveté du vagin.

Le Dentu a insisté sur l'existence, au niveau du corps de l'organe, d'une *crête médiane postérieure*, de chaque côté de laquelle existent deux surfaces à peu près planes fuyant obliquement sur les bords; cette crête naît brusquement au-dessus de l'angle de flexion et meurt avant d'atteindre le fond de l'utérus. Ce signe peut se rencontrer dans tous les cas de rétrodéviation; il n'en est pas de même du suivant :

Sænger en 1894 a décrit une *crête médiane antérieure cervicale* ou antécervicale « dont l'existence, peut être constante dans la *rétroposition congénitale* de l'utérus avait attiré son attention. Il s'agit d'une saillie exactement médiane du cul-de-sac vaginal antérieur, analogue à un frein et plus ou moins tranchante, qu'on peut suivre en haut sur une étendue d'un centimètre à un centimètre et demi de la cloison vésico-utérine. Cette saillie, semblable à une corde cicatricielle, partage ainsi le cul-de-sac vaginal antérieur en deux facettes planes qu'on peut constater même au spéculum dans les cas très accentués. Cette crête coïncide habituellement avec la brièveté, l'étroitesse du vagin, un défaut de profondeur des culs-de-sac; la brièveté de la lèvre antérieure de la matrice ». (Sænger, cité par Le Dentu).

Les *culs-de-sac vaginaux*, peu profonds, sont souples; mais on peut rencontrer dans le Douglas, accompagnant le fond de l'utérus, la masse formée par les annexes prolabées qui ont en général gardé leur mobilité, mais ont pu être prises parfois pour une salpingite, à tort ainsi que le montrait ensuite une intervention.

Le *spéculum* permet de se rendre compte des caractères du col, nous les avons déjà décrits à l'anatomie pathologique, et il est inutile d'y revenir ici. — Disons seulement que tant qu'il n'y a pas eu infection, l'orifice externe du col reste sain, sans érosion, ni ulcération; de cet orifice sourd habituellement une petite glaire limpide.

Le *cathétérisme* enfin viendra clore les indications: mais il n'est pas toujours facile à faire quand la déviation est très pro-

noncée. Pierre Delbet insiste sur le fait que le cathétérisme doit être pratiqué sans spéculum, en suivant du doigt la marche de l'hystéromètre, car il peut, si on le pratique avec le spéculum, redresser la déviation et induire en erreur.

Chez les vierges, on devra toujours commencer par le *toucher rectal* qui pourra être suffisant ; le doigt, longeant la paroi antérieure du rectum, constate alors la présence d'une tuméfaction ferme, arrondie ; c'est le corps utérin. Toutefois il ne faut pas se tromper et savoir que le col exploré à travers la paroi rectale paraît souvent augmenté de volume ; il faut éviter de le prendre pour le corps.

Tels sont les signes physiques susceptibles de faire penser plutôt à une rétrodéviation primitive qu'à une rétrodéviation secondaire.

DIAGNOSTIC

L'ensemble des signes physiques permet d'arriver en général facilement à un diagnostic précis. Quant aux troubles fonctionnels, ils sont trop variables dans leurs caractères (et cela même tant en raison de l'association des lésions qui peuvent leur donner naissance que de l'importance de l'état général de la malade, surtout de son degré de nervosisme) pour permettre d'arriver à une conclusion ferme par leur seule analyse. D'où la nécessité de l'examen local, difficile à pratiquer chez les jeunes filles ; chez elles on pourra parfois se contenter du *toucher rectal*, mais si les renseignements qu'il donne ne sont pas suffisants, il faut essayer de leur faire comprendre, à elles et à leur famille, la nécessité de l'examen habituel.

Une première erreur à éviter est, quand on trouve une rétrodéviation simple, de ne pas conclure à la permanence de cette rétrodéviation ; elle peut être *intermittente*, due par exemple à la plénitude de la vessie, d'où la nécessité de pratiquer un examen minutieux, dans les meilleures conditions possibles, et Budin insiste à ce propos sur la nécessité de faire enlever le corset de la malade.

Nous n'avons pas ici à faire le diagnostic habituel des rétrodéviations en général avec un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus, une masse annexielle intimement accolée à la matrice ; la rétroflexion primitive s'accompagne en effet d'une souplesse des culs-de-sac vaginaux qui permet une exploration facile. Souvent on rencontre dans l'un d'eux les annexes prolabées, un ovaire augmenté de volume, masse qui roule sous le doigt, donne une impression de mobilité, de liberté qui diffère de celle des annexités postinfectieuses.

Quand la rétrodévation primitive a été touchée par l'infection, surtout si c'est par le gonocoque, alors il sera parfois difficile de reconnaître sa cause première ; c'est en se basant sur la brièveté du vagin, la longueur du col et surtout sur les antécédents génitaux de la malade que l'on pourra arriver à soupçonner la cause primitive de la déviation ; d'ailleurs ce diagnostic étiologique sera dans la circonstance de peu d'importance au point de vue thérapeutique.

PRONOSTIC

Le pronostic des rétrodéviations primitives dépend pour une part de la forme qu'elles revêtent. Elles pourront rester indéfiniment latentes ou par contre entraîner, dans la vie de la jeune fille ou surtout dans la vie conjugale, des désordres tels qu'ils nécessiteront une thérapeutique active ; d'elles-mêmes en effet elles n'ont aucune tendance à guérir.

Influence de la grossesse sur la rétrodévation primitive.

Une seule circonstance est capable de venir la modifier puissamment ; c'est l'intervention d'une grossesse qui, à la suite de réduction provoquée ou très souvent de réduction spontanée, évolue normalement. Il est presque classique de dire qu'en ce cas, quand on surveille soigneusement les suites de l'accouchement, la rétrodévation ne se reproduit pas, et les observations de ces faits sont nombreuses.

Mais ce n'est pas toujours le cas ; Olshausen (1908) a conclu d'un certain nombre d'observations que les rétrodéviations se produisaient après les premiers accouchements et que les déviations observées à la suite d'accouchements ultérieurs ne sont que la répétition de celle qui est survenue après le premier. « Voilà une conclusion qui, par elle seule est bien faite pour faire suspecter l'utérus virginal » (de Bovis). Pajot, dans l'observation que nous avons déjà mentionnée à l'occasion de la possibilité de grossesse survenue sans traitement préalable dans un utérus très rétrofléchi, la termine ainsi : après un premier accouchement, malgré un long repos et des soins attentifs, reproduction de la déviation ; deux accouchements surviennent encore dans la suite ; la rétroflexion se reproduit chaque fois.

Une observation de Pouey est analogue : malgré un long traitement commencé pendant sa vie de jeune fille, la malade qui s'était mariée dans la suite devient enceinte une première fois ; malgré une grossesse et des couches très surveillées, la déviation se reproduit ; une deuxième grossesse survient, la rétroflexion récidive encore.

Pourtant la grossesse, même quand elle est suivie de la reproduction de la déviation, a une certaine influence sur la disparition, ou tout au moins sur l'atténuation des phénomènes dysménorrhéiques ; de plus elle remédie à la stérilité primitive et la fécondation se fait bien plus facilement après une première grossesse que chez la nullipare.

La rétrodéviation primitive semble donc se montrer plus tenace encore que la rétrodéviation secondaire et Martin (1889) écrit à ce propos : « Dans les rétroflexions congénitales le pronostic n'est pas précisément favorable ; on réussit bien à remédier aux symptômes, mais on ne doit guère avoir espoir de guérir la déviation elle-même. »

Quel sera donc le traitement que comporteront ces rétrodéviations primitives ?

TRAITEMENT

Il comporte plusieurs chapitres.

Prophylaxie

Peut-on tout d'abord prévenir la production de ces rétrodéviations ? — Comme elles coïncident souvent avec un développement défectueux de l'utérus, on peut espérer qu'avec des soins appropriés pendant l'enfance et surtout au moment de la puberté, on aura des chances de les enrayer dans leur formation.

Cette prophylaxie consistera surtout en une thérapeutique d'ensemble capable d'éveiller et de régulariser les fonctions ovariennes et utérines. C'est ainsi que la plupart des auteurs qui se sont occupés de ces rétrodéviations primitives conseillent tout d'abord quelques *précautions hygiéniques* ; sortir les jeunes filles de l'école pendant quelques mois au moment de la puberté, si leur santé est délicate, ou tout au moins diminuer les heures d'étude. Les auteurs allemands (Schultze, Olshausen), Ewald insistent aussi beaucoup sur l'importance d'éviter la réplétion complète de la vessie, spécialement chez les enfants : or ces conditions défavorables se produisent constamment dans les écoles de filles où l'on défend couramment aux enfants de sortir de la classe pendant les heures des leçons.

A ces précautions hygiéniques, il faut joindre des *exercices corporels sans violence* ; marche, équitation, tennis, usage modéré de la bicyclette, gymnastique.

En même temps, on essayera d'améliorer les conditions générales de la nutrition du corps par une *alimentation saine et abondante*, et Graily Hewitt conseille de petits repas fréquents d'aliments facilement assimilables.

Enfin si l'état de fortune de la malade le permet, on pourra en outre conseiller selon que la petite fille a tendance à avoir de l'éréthisme nerveux ou au contraire à être apathique, soit le sé-

jour à la montagne sans craindre les grandes altitudes (Bouilly), soit le séjour au bord de la mer, ou encore une cure hydrominérale chlorurée sodique (Salies de Béarn, Bourbonne les Bains, etc)

Traitement

Par analogie avec cette thérapeutique stimulante, on a proposé d'essayer d'agir tant sur la rétrodéviation que sur l'hypoplasie utérine, par des moyens ayant une action plus directe sur les organes génitaux. Comme toniques généraux, on a préconisé le fer, l'arsenic, la strychnine; Courty, pour stimuler l'utérus, employait dans les rétropositions le seigle ergoté trois jours de suite à la fin des règles. Mais ces moyens ne doivent être employés qu'avec beaucoup de mesure en raison de la congestion pelvienne qu'ils peuvent aggraver et par suite des phénomènes douloureux qu'ils peuvent augmenter.

Hydrothérapie.

L'hydrothérapie est restée plus en faveur.

On peut employer l'*hydrothérapie locale* — soit sous forme de bains de siège froids de 15 secondes (Courty) ou tièdes et prolongés avec addition d'eaux-mères salines (Martin) — soit sous forme de grandes irrigations vaginales qui doivent remplir deux conditions principales : être lentes et très chaudes, et que la malade doit prendre ou couchée, ou en position genu-pectorale (Brown, Edward, J. III.)

A cette hydrothérapie locale, on peut joindre l'*hydrothérapie générale* : ablutions froides à l'éponge, suivies de frictions sèches, ou mieux douches percutantes et de courte durée autour du bassin et le long de la colonne lombaire.

Opothérapie.

Enfin une troisième façon d'essayer d'intervenir sur le déve-

loppement de l'utérus et sur la rétrodéviation est de tenter l'*opothérapie ovarienne* (surtout sous forme d'extrait de corps jaune) (Obs. XLVIII) dont les résultats sont d'ailleurs contradictoires et discutés et à laquelle il sera bon d'associer l'*opothérapie thyroïdienne*, surtout chez les obèses précoces ou chez les malades présentant des symptômes d'hypothyroïdie (Hertoghe).

Excitation directe de l'utérus.

On peut encore agir plus directement sur l'utérus pour essayer d'amener une amélioration de la nutrition locale.

L'application de sangsues sur le col, les scarifications du col ne sont plus guère employées dans ce but.

L'électricité semble avoir donné dans certains cas des résultats plus favorables ; mais on doit encore lui préférer le *massage gynécologique*. « Il peut rendre de grands services et on n'en use pas assez en pareil cas ; il favorise la croissance de l'utérus et contribue à corriger son attitude vicieuse. Il est d'un emploi délicat chez les jeunes filles, mais on peut le pratiquer par la voie rectale. » (A. Siredey).

Traitement des symptômes, des complications.

Mais tous ces moyens thérapeutiques doivent être employés en dehors des périodes où la malade souffre de sa rétrodéviation, soit du fait de cette malposition seule, soit de l'existence de complications. Il est inutile de dire que chacune de ces complications entraîne par elle-même des indications thérapeutiques spéciales qu'il nous serait trop long d'énumérer ; nous n'en rapporterons que quelques-unes plus particulières à la rétrodéviation congénitale ou puérile.

C'est ainsi que *pour éviter la répétition de poussées de congestion aiguë* chez une jeune femme, « si l'on est consulté dans les débuts du mariage, on conseillera de prendre les précautions que réclament la brièveté du vagin et la situation déclive du fond de l'utérus ; en lui évitant et en atténuant les traumatismes

qui menacent ces organes, on prévient dans une certaine mesure quelques-unes des complications de la *rétroflexion* » (A. Siredey).

Ce sera là d'ailleurs déjà un premier moyen de combattre la *stérilité*. Pour favoriser la grossesse, on a, en dehors de toute intervention, recommandé des positions spéciales pendant le coït, « aussi faut-il conseiller aux époux de pratiquer le coït, rarement il est vrai, de peur de congestionner ou de fatiguer l'utérus, mais aux époques de la chute de l'œuf et dans les conditions les plus favorables à la pénétration de la semence par l'orifice utérin. La principale de ces conditions est de placer la femme dans la position ventrale soit que la copulation s'accomplisse *more bestiarum*, soit que la femme se place pendant le coït au-dessus de l'époux. En même temps il ne faut pas perdre de vue qu'il y a toujours de l'abaissement et une sorte de poche copulatrice postérieure au col où il faut éviter de laisser égarer et perdre la semence, résultat auquel on peut parvenir en recommandant au mari de faire pénétrer la verge peu profondément dans le vagin, surtout au moment de l'éjaculation » (Courty). Pajot recommande de laisser la malade constipée pendant deux à trois jours avant de pratiquer le coït. Rünge, tout récemment, écrit que pendant et après le coït la femme devrait prendre une position rappelant celle de Trendelenburg, à cause de la brièveté du vagin qui laisse écouler le liquide spermatique ; dans quatre cas la grossesse suivit la pratique de ce simple conseil. Enfin, certains auteurs n'ont pas hésité, quand tout échouait et que la femme restait stérile, à employer la fécondation artificielle ; nous en rapportons deux observations.

Mais avant d'avoir recours à de tels procédés, et bien qu'une grossesse soit importante sinon pour guérir anatomiquement la *rétrodéviation* primitive, tout au moins pour l'améliorer très sensiblement cliniquement, « le meilleur moyen thérapeutique à opposer aux complications (et à la stérilité elle-même) est le rétablissement de l'utérus dans sa position normale (Schultze).

Reposition de l'utérus.

a) *Position ventrale, genu-pectorale, etc.* — C'est pour arriver en quelque sorte à une réduction spontanée de l'utérus qu'on avait beaucoup conseillé (Campbell, Solger, Mundé, Courty) soit le décubitus ventral pendant la nuit, soit la position genu-pectorale ou genu brachiale que Tarnier recommandait à ses malades sous le nom de prière mahométane, matin et soir pendant cinq minutes au moins alors qu'elles n'étaient gênées par aucun vêtement : avant de prendre cette position, il est nécessaire pour que le redressement de l'utérus se fasse spontanément sous l'influence de la pression atmosphérique d'introduire dans le vagin un petit speculum (Courty), soit une simple canule vaginale (Tarnier). Terrillon reconnaît que cette position soutenue pendant quelques heures peut donner un soulagement considérable, entraîner une réduction partielle spontanée ; mais les résultats ne sont pas durables et la réduction ne se maintient pas.

b) Aujourd'hui on fait plutôt la *réduction manuelle* ou *bimanuelle*.

c) Pourtant la *réduction par l'hystéromètre* a ses défenseurs ; « le redressement bimanuel rencontre de grands obstacles dans l'étroitesse des parties presque toujours virginales : je m'adresse encore exclusivement à la sonde, procédé qui me paraît le plus facile et le moins douloureux. » (Martin) — Bouilly pense qu'elle permet mieux *de s'assurer de la mobilité de l'utérus* : pendant qu'on la fait, « le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur constate l'absence de tension et de tiraillement des parties voisines, suit le délogement de la face postérieure de l'utérus et s'enfonce dans la place laissée libre par le redressement de cet organe. »

Suite de la reposition

Une fois la reposition faite, ses suites sont remarquables (Schultze). On constate d'abord une *diminution rapide du*

volume de l'utérus. — Les mouvements deviennent plus vifs ; les femmes sont étonnées de *l'augmentation subite de leur activité.* — L'effet de la reposition est surtout marqué sur la *menstruation*, aussi bien sur la durée que sur l'abondance qui toutes deux deviennent normales. — L'effet sur le *système nerveux* est éclatant, parfois en vingt-quatre heures. — La reposition a pour effet de *remettre les ovaires dans leur situation normale* ; leur gonflement et leur sensibilité à la pression disparaissent le plus souvent avec rapidité et avec eux un grand nombre de sensations pénibles qui avaient accompagné la rétrodéviatiou. — Même effet sur le rétablissement de la *possibilité de fécondation* : si la grossesse survient il sera bon de laisser un pessaire jusqu'à la seizième semaine, époque où l'utérus a acquis un volume assez considérable pour empêcher la rétroflexion. (Schultze).

En présence de semblables résultats de la reposition de l'utérus, on comprend qu'il soit de toute nécessité de maintenir celui-ci dans sa position normale.

Contention de l'utérus

Le pessaire semble tout indiqué puisque c'est une déviation qui survient chez des sujets jeunes et dont le périnée est en général résistant. Dans quelques cas d'ailleurs ce moyen de contention est possible : il faut alors de préférence employer un pessaire de Hodge, qui selon Bouilly doit avoir subi les modifications suivantes : « sa partie postérieure doit être fortement relevée de manière à présenter un véritable dossier : ses branches doivent être écartées en arrière, suivant une courbure spéciale, de manière que la partie postérieure de l'instrument soit sensiblement plus large que l'antérieure. » En surveillant ce pessaire, au bout de 8 à 12 mois, on pourrait arriver à une guérison définitive.

Mais pour que le pessaire agisse bien, il faut que *la réduction soit complète*, sans quoi il n'est plus qu'un corps étranger du vagin qui meurtrit la face postérieure de l'utérus (Bouilly). Si bien qu'en général, dans les rétrodéviations primitives con-

génitales ou puériles, le pessaire ne donne pas souvent un bon résultat.

Au point de vue de la rétroversion tout d'abord, si la réduction est toujours facile, « les conditions manquent pour maintenir en avant le fond de l'utérus car le vagin n'a pas d'espace suffisant pour fixer la portion vaginale du col assez en arrière et la réplétion ordinaire de la vessie reproduit nécessairement la rétroversion. » (Schultze.).

La rétroflexion vient encore compliquer les choses, et pour Martin, la rigidité de l'utérus infantile permet bien le déplacement du col vers le sacrum, mais n'empêche pas la production de la rétroflexion du corps. — Bouilly, Herman E. Hayd, (1901) admettent également que la rétroflexion congénitale ne se prête pas à ce mode de traitement.

Aussi quelques auteurs pour remédier à cette impuissance du pessaire simple ont-ils préconisé des *pessaires à tige intra-utérine*. Simpson avait déjà proposé l'emploi d'un semblable pessaire mi-partie cuivre, mi-partie zinc agissant ainsi mécaniquement et électriquement ; l'idée en fut adoptée par de Sinéty, Courty ; mais les accidents qui survinrent à la suite de l'emploi de ces pessaires les firent abandonner en France. Pourtant Lefour a recommandé l'emploi d'une tige intra-utérine que Bouilly accepte pour certains cas et particulièrement les rétroflexions congénitales. — A l'étranger, le pessaire à tige semble être resté plus en faveur : Carstens en Amérique (1903) en a obtenu d'excellents résultats dans les cas de rétrodéviations chez les jeunes filles, avec ou sans sténose du canal utérin ; Alfieri (1907) en Italie arrive à de semblables conclusions.

Mais en France on préfère à l'emploi de ces pessaires intra-utérins exciter mécaniquement l'utérus et le redresser du même coup par la *dilatation lente* prolongée par la laminaire aseptique ou mieux immédiatement progressive par les bougies d'Hegar.

Certains auteurs, par analogie avec la grossesse dont nous avons vu le rôle favorable sur la disparition ou la diminution des principaux symptômes, et pour produire une sorte de travail arti-

ficiel aboutissant au même résultat, y associent le *curettage* suivi de tamponnement de la cavité utérine.

C'est là le commencement des opérations sanglantes, et d'ailleurs la plupart des auteurs s'accordent pour conclure que si le traitement médical n'amène pas rapidement une atténuation marquée des symptômes dont souffre la malade, il vaut mieux ne pas trop attendre pour *faire appel à la chirurgie* ; l'utérus une fois définitivement fixé dans sa position normale, on pourra espérer, comme le dit Schultze, une disparition rapide de tous les troubles observés. Pourtant il ne faudrait pas croire que la reposition de l'utérus soit absolument nécessaire à la guérison de la malade, et, d'après Martin, même quand l'utérus reste en partie dévié, il n'est pas rare à la suite du simple traitement médical, de voir les troubles s'atténuer sensiblement ou même disparaître d'une façon complète et définitive.

OBSERVATIONS

Les observations de rétrodéviations primitives de l'utérus que nous rapportons sont assez difficiles à classer, en raison de la diversité des symptômes qu'on y rencontre ; nous avons essayé de leur donner un ordre d'après les principaux caractères qu'elles mettent en relief et qui viennent à l'appui de la description clinique que nous en avons donnée.

A. — Rétrodéviations primitives se rapprochant de l'évolution habituelle

Dysménorrhée ayant apparu peu après la puberté ; ménorrhagies, rétroflexion prononcée irréductible.

OBSERVATION I^{re} (personnelle).

L. D..., âgée de 21 ans, mécanicienne, entrée salle Bichat, le 26 février 1910.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ; mère morte de tuberculose à 41 ans ; ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels. — aucune maladie, ni grossesse, ni fausse couche, ni blennorrhagie.

Mariée depuis 5 ans.

Réglée à 13 ans. Les règles qui viennent très régulièrement sont abondantes pendant 3 jours, puis continuent pendant cinq à six jours sous forme d'un suintement persistant ; elles durent en somme *une huitaine de jours*, et cela à chaque période.

Au moment de l'instauration des règles, celles-ci n'étaient pas douloureuses, mais très peu de temps après, apparurent des *douleurs*, survenant *toujours de la même façon* et ayant toujours les mêmes caractères. Ces douleurs apparaissent le premier jour des règles *« en même temps que le sang vient »* et durent un jour et une nuit ; elles siègent dans tout le ventre, dans la région lombaire, mais sans irradier dans les cuisses. Souvent elles sont assez violentes pour forcer la malade à quitter son atelier ; de plus, il est habituel que la souffrance empêche la malade de dormir pendant la première nuit qui correspond

à l'apparition des règles. Ces douleurs sont régulières comme intensité, et la malade ne fait pas mention de crises plus fortes, de coliques passagères. Pendant les autres jours que durent les règles, il persiste un engourdissement dans la région lombaire; mais tout disparaît avec la suppression de l'écoulement sanguin.

Depuis qu'elle est réglée, la malade a une *leucorrhée* très abondante, mais qui persiste régulièrement, sans être plus prononcée à certains moments qu'à d'autres.

Il y a deux ans, sans cause apparente, la malade, à la suite de ses règles qui étaient survenues au moment attendu, sans retard, eut une *persistance de l'écoulement sanguin*; cet écoulement dura pendant quatre mois, plus abondant à certains moments, mais sans cesser complètement. A cette époque, pendant les quatre mois que dura l'hémorrhagie, les douleurs persistèrent sous forme de sensation de tension, d'engourdissement dans le bas-ventre et la région lombaire. Comme traitement, la malade prit des injections, mais continua son travail, et la métrorrhagie finit par disparaître.

Les rapports conjugaux n'ont jamais été douloureux.

Le 25 décembre 1909, les règles apparaissent avec leurs caractères habituels, mais les douleurs qui ordinairement cessaient avec l'écoulement sanguin, persistent cette fois.

Le 15 janvier, la malade perd pendant huit jours;

Le 1^{er} février, revient une *métrorrhagie* qui dure également une quinzaine de jours. Le 18 février, le sang réapparaît; pendant toute cette période, la malade continuait à souffrir du ventre d'une façon tolérable, mais pour ces douleurs, et surtout pour la persistance de l'hémorrhagie, la malade se décide à entrer à l'hôpital le 23 février. On la met au repos absolu au lit.

Depuis le 6 mars les pertes sont arrêtées; les douleurs ont disparu.

Examen le 25 mars. — La malade, de corps bien développé ne présente rien de particulier, ni du côté des seins ni du côté des organes génitaux externes; le vagin est normal.

Au toucher, on sent un col petit, long, mais non conique; et qui n'est pas douloureux à la pression. L'utérus est petit; le fond, *très recourbé en arrière* et légèrement à droite, n'est pas sensible; le doigt pénètre difficilement dans l'angle de flexion très accentué que forme le corps avec le col de l'utérus et ne peut ramener le corps en avant.

Les culs-de-sac vaginaux sont très souples; le cul-de-sac gauche est libre, du côté droit, on sent, assez haut, tout près du corps de l'utérus dont il est pourtant facile de la séparer, une masse arrondie, lisse, siège d'une sensation spéciale que la malade ne peut définir, mais qui n'est pas une véritable douleur et qui peut être l'ovaire augmenté de volume.

Au spéculum, on trouve un col dont le sommet, arrondi, présente un orifice circulaire; une petite glaire transparente sourd de cet orifice; il n'y a pas trace d'ulcération sur ce col.

OBSERVATION II (personnelle).

Dysménorrhée depuis la puberté; ménorrhagies légères
rétroflexion prononcée

M. R., âgée de 27 ans, femme de chambre.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants; un frère mort jeune de rougeole.

Antécédents personnels. — Pas de maladie, sauf à 20 ans, une fièvre typhoïde. Pas de grossesse, de fausse-couche, de blennorrhagie.

Réglée tard, à 18 ans; la malade était, dit-elle, anémique; on lui a donné du fer et différents médicaments pour essayer de faire apparaître ses règles; mais il n'y eut pas d'examen génital fait à cette époque; la malade est d'ailleurs restée vierge jusqu'à 25 ans.

A partir de 18 ans, époque à laquelle la menstruation s'établit les règles survinrent régulièrement pendant cinq à six mois, puis la malade resta deux ou trois mois sans rien voir: A 20 ans, elle eut une fièvre typhoïde à la suite de laquelle elle fut très anémiée et eut une aménorrhée qui dura de cinq à six mois; puis les règles revinrent irrégulièrement. Quand les règles apparaissaient, elles présentaient cependant, *dès la première menstruation*, à peu près toujours les mêmes caractères: elles duraient une *huitaine de jours*, plus abondantes pendant les deux premiers jours, se bornant à un léger suintement pendant le reste de la période cataméniale. Un jour avant l'apparition du sang, survenaient des *douleurs* occupant le bas-ventre,

la région lombaire, irradiant dans les cuisses, mais sans être plus marquées d'un côté que de l'autre, et présentant des exacerbations passagères sous forme de coliques; les douleurs disparaissaient avec l'apparition du sang.

Dans l'intervalle des règles existe une *leucorrhée* assez abondante.

A partir de 22 ans, l'état général s'améliore et les règles deviennent régulières, plus abondantes, en même temps que les douleurs diminuent d'intensité; mais elles n'en persistent pas moins assez marquées dans le jour qui précède l'apparition du sang.

La malade eut pour la première fois des rapports à l'âge de 25 ans; ils ne furent pas douloureux; ils se répétèrent d'ailleurs fréquemment et depuis un an il n'y a pas eu de coït.

Vers le 15 février 1910, sans cause appréciable, peut-être un peu plus de fatigue due à son métier de femme de chambre, la malade est prise de *douleurs plus fortes* au moment des règles; celles-ci sont augmentées en abondance, mais leur durée est d'une huitaine de jours comme d'habitude. Ces douleurs persistant, la malade entre à l'hôpital avant que ses règles soient complètement terminées et où elle est mise au repos absolu au lit. Les douleurs se calment assez rapidement.

Le 14 mars, les règles apparaissent, moins douloureuses, moins abondantes.

Examen le 25 mars. — La malade est bien constituée, a un bon aspect général; les seins sont bien développés. Il n'y a rien à noter du côté des organes génitaux externes ni du côté du vagin qui a des dimensions suffisantes.

Au toucher, on trouve un col allongé, petit, non douloureux à la pression. L'utérus, petit également et indolore, est *très rétrofléchi*; il se mobilise facilement en totalité, mais il est impossible d'écarter le corps du col; l'angle de flexion est très accentué. Les culs-de-sac sont souples et libres et il est impossible de sentir les annexes.

Au spéculum, le col, un peu allongé, non ulcéré, présente un orifice arrondi, d'où sort une petite glaire limpide qu'on enlève facilement avec un tampon d'ouate.

OBSERVATION III (de Bovis).

Vierge : dysménorrhée progressive, ménorrhagies ; rétroversion.

Une jeune fille de 25 ans, vierge, éprouvait depuis de nombreuses années des *souffrances considérables au moment de ses époques*, situation qui ne faisait que *s'aggraver*. Partant des reins, les douleurs irradiaient vers le haut des cuisses, tout en communiquant à l'abdomen une vive sensibilité. Leur intensité était telle que la malade devait régulièrement *s'aliter*. Ces douleurs apparaissant trois à quatre jours avant les règles et celles-ci *durant un temps double de la période normale*, il s'ensuit que pendant près d'un tiers de son existence, cette jeune fille se trouvait être une invalide. Elle n'était pourtant pas une nerveuse exagérant les souffrances qu'elle ressentait. Il n'existait chez elle aucun stigmate hystérique, aucune sensibilité ni sensiblerie anormales.

Par contre, l'examen gynécologique que la souplesse de l'hymen et l'absence de toute exagération de la sensibilité rendaient facile, montrait un *utérus en rétroversion complète*; de plus la lèvre antérieure du col était notablement allongée et l'utérus, dans son ensemble, paraissait légèrement abaissé.

A l'opération, utérus rétroverti; et en outre *dégénérescence poly-kystique des ovaires*, mais nulle part trace d'adhérences; les trompes paraissent normales.

OBSERVATION IV. (Landowsky)

Dysménorrhée progressive, puis douleurs permanentes ;
stérilité ; dilatation ; grossesse.

Mme R..., âgée de 24 ans, réglée à 15 ans, peu abondamment, mais régulièrement, avec de *légères douleurs* le premier jour, se reproduisant à la fin de la menstruation et persistant toute la semaine suivante. Mariée à 19 ans, elle a éprouvé un an après son mariage des douleurs qui débutèrent dans l'aîne gauche à la suite d'un effort qu'elle fit, étant dans son lit, pour enlever

et rapprocher d'elle un gros meuble. Les douleurs menstruelles que l'abondance ou la quantité de sang des règles semblèrent *augmenter*, en même temps que des pertes blanches, vinrent se joindre à ces dérangements. Bientôt apparurent *de nouvelles douleurs* au sacrum, au coccyx, jusqu'à l'anus, qui allèrent toujours *en augmentant*, auxquelles s'ajoutèrent des douleurs dans les reins et quelquefois au nombril; une sorte de tiraillement, surtout dans le décubitus dorsal; enfin des douleurs gastralgiques ou dyspeptiques, sorte de nausées, qui firent croire plusieurs fois à un commencement de grossesse; supposition que rien ne justifia, car dans ces cinq ans il n'y eut pas un jour de retard pour la menstruation.

M. Courty, ayant été consulté pour cette stérilité et l'aggravation successive de ces douleurs, constata de prime abord une *rétroflexion* réductible avec congestion hypertrophique du col et étroitesse congénitale de l'orifice à forme circulaire, augmentation de dimension de l'utérus (9 cm.) et leucorrhée mucosopurulente peu abondante, mais visqueuse, s'ajoutant comme une cause nouvelle aux autres causes de stérilité.

Dilatation, redressement, cautérisation; guérison au bout de quelques mois suivie d'une heureuse *grossesse*.

OBSERVATION V (*Rapin*).

Vierge : Dysménorrhée, douleurs permanentes, rétroflexion prononcée :
pessaire ; amélioration notable

5 février 1894. — Mlle L..., 29 ans, reçut à 16 ans un coup sur le bas-ventre et dès lors elle a toujours souffert. Ses parents, assez durs pour elle, considéraient ses plaintes comme étant l'expression de la paresse et n'y prêtèrent aucune attention. L'état mental de la malade finit par s'altérer et ses parents la placèrent successivement dans plusieurs établissements d'aliénés, où elle séjourna trois ans environ. Après cela, une amélioration s'étant produite, on la mit en pension en Allemagne, afin, dit-elle, de lui apprendre à travailler. De retour chez ses parents qui sont commerçants elle fut occupée au magasin pour la vente et la tenue des livres.

La malade souffre *continuellement de douleurs* dans le bas du dos, dans le ventre, les reins et en ceinture autour des

hanches. Les règles sont régulières, s'accompagnent de douleurs assez fortes, mais n'obligent pas la malade à garder le lit; pas de pertes blanches. Examen local : abdomen maigre, souple, non douloureux; hymen intact, formé de deux replis en forme de diaphragmes et placés l'un derrière l'autre; *vagin étroit*, plissé, *col conique*, orifice étroit. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent le fond de l'organe très *fortement rétrofléchi*, un peu mobile, mais les essais de réduction avec la main sont très douloureux, et il n'est pas possible de soulever le fond de l'utérus. Il semble qu'il existe des adhérences. Le cathétérisme de l'utérus est très douloureux; il est remis au surlendemain et je me borne à pratiquer un massage pour assouplir le cul-de-sac de Douglas.

Le 7 février, nouveau massage, réduction manuelle impossible; au moyen de la sonde, la réduction réussit, mais on ne peut attirer le fond de l'utérus en avant; il paraît exister des adhérences. Cependant le 10 février, après une troisième séance de massage, je parviens à redresser l'utérus complètement au moyen de l'hystéromètre. Le 13 février la rétroflexion s'est entièrement reproduite; difficilement on arrive à placer le pessaire combiné, mais la malade se sent tout à fait soulagée et rentre chez elle à pied.

Après chaque réduction, la malade constate une amélioration immédiate et l'exprime spontanément en disant qu'elle se sent mieux, plus légère, comme si j'avais enlevé quelque chose qui la gênait. Je continue les massages en enlevant l'appareil à chaque séance. Le 17 février, l'appareil est enlevé à cause des règles, puis remis le 2 mars. Dans cet intervalle, l'utérus a repris son ancienne position, mais la réduction est beaucoup plus facile.

La malade porte encore son redresseur combiné; elle est considérablement soulagée.

OBSERVATION IV. (Moret).

Vierge : douleurs permanentes ; constipation ; rétroversion ; prolapsus utérin au début

La nommée L. V..., âgée de 24 ans, femme de chambre, entre dans le service du Docteur Moret le 27 septembre 1891, se plaignant de symptômes d'anémie très prononcés.

Pas d'antécédents héréditaires. Un frère toujours malade, est mort tuberculeux vers l'âge de 20 ans. La malade n'a été réglée qu'à l'âge de 18 ans, et depuis ce temps, ses règles sont toujours très irrégulières.

Depuis l'âge de 15 ans, elle avait eu souvent d'abondantes pertes blanches. A 16 ans, elle est devenue anémique; elle a même été soignée pour un début de tuberculose; elle avait de fréquentes hémoptysies et a pris de l'huile de foie de morue pendant deux ans. Dans ces dernières années, elle a eu des ennuis de famille; ajoutons qu'elle était surmenée et mal nourrie.

C'est depuis environ trois mois qu'elle va plus mal. Elle souffre dans le bas-ventre, dans les reins, l'estomac. Elle est très anémique. A la suite d'efforts et de fatigues elle a ressenti de vives douleurs dans l'abdomen et une sensation de pesanteur dans le bassin. Notons qu'elle a très souvent une *constipation* rebelle depuis quelques mois; elle ne peut aller à la selle sans lavements ou purgations.

L'attention du Docteur Moret est vivement attirée du côté des organes du petit bassin par les symptômes qu'accuse la malade. Il l'examine et constate avec le docteur Gueillot au toucher vaginal un utérus qui tombe à quelques centimètres de la vulve; le col est situé à la partie antérieure, tout à fait sous le pubis, tandis que le corps tombe en arrière sur le rectum. *Le col est conique* et ferme. La jeune fille, vierge encore, a en outre, une sécrétion glaireuse dénotant une endométrite. On décide de pratiquer l'opération d'Alexander, et de faire en même temps un curettage.

Suivent les détails et les suites de l'opération. — Le 14 novembre, un mois après l'opération, on réexamina la malade; l'utérus est en position normale, le col à 7 centimètres de la vulve. La malade ne perd plus en blanc. Les règles reviennent le 26 novembre; elles sont complètement rétablies le 21 décembre 1891.

OBSERVATION VII (*Atthil*).

Douleurs abdominales progressives, douleurs pendant la défécation ; dysurie ; rétroflexion. — pessaire ; guérison.

M.F..., 25 ans, *célibataire*, a toujours mené une vie très active et a joui d'une bonne santé jusqu'à ces derniers temps. Il y a trois ans, forcée de prendre la direction d'une ferme considéra-

ble, elle éprouva beaucoup de fatigues, passant chaque jour huit, dix, douze heures dehors, à pied et à cheval et sans s'arrêter, même par les temps de neige. Elle ressentit d'abord de la *plénitude et de la pesanteur dans la partie inférieure de l'abdomen*, mais n'en tint aucun compte. Un an plus tard, nouvelle série de symptômes auxquels étaient venus s'ajouter la *dysurie*, le ténésme vésical, puis une grande *difficulté dans la défécation*. Les intestins, sans être constipés étaient le siège de violentes douleurs quand ils fonctionnaient et cependant le volume des fèces était petit comme chez un enfant. Les règles, régulières, étaient moins abondantes. Cette femme comme toutes celles qui ne sont pas mariées, témoignait une grande répugnance à se soumettre à l'examen vaginal, mais les souffrances devinrent telles, et le traitement dirigé sur les autres organes échoua à tel point que je jugeai indispensable de constater l'état de l'utérus, et voici ce que je découvris. L'*utérus* était *très volumineux, sensible au toucher*, et en *rétroflexion complète*, le fond occupant la cavité du sacrum et comprimant le rectum; c'est ce qui expliquait la défécation laborieuse et l'irritation, évidemment réflexe, de la vessie. Je plaçai un *pessaire de Hodge* pour maintenir l'utérus dans sa position normale. Le fond avait été facilement remis en place, mais le pessaire était trop gros et faisait souffrir la malade. Deux ou trois jours plus tard, j'en substituai un plus petit qui fut admirablement supporté; la femme fut *soulagée au point* de pouvoir reprendre ses occupations.

OBSERVATION VIII. (*Chamberlain*).

Dysménorrhée, ménorrhagie, incapacité de travail. — Rétroflexion, brièveté du vagin

Une vierge, âgée de 39 ans, se plaint d'avoir une *menstruation profuse et douloureuse*, de difficulté à marcher et à se tenir debout, de *douleurs* dans le dos et les jambes, de chaleur et de pesanteur dans le bassin, de *constipation*, de *dysurie*, d'irritation vésicale et de *leucorrhée*.

Au toucher on constate que *le col n'est qu'à 2 cm, 5 de l'entrée* du vagin; il est pressé contre la paroi supérieure du vagin, sa face supérieure est aplatie; un de ses bords est aminci et angulaire. Passant au-delà de la lèvre postérieure

proéminente, le doigt rencontre dans le cul-de-sac la matrice, rétrofléchie et sensible à la pression. Les troubles de la santé, quels que soit leur ordre d'apparition et leur prédominance, dureront autant que le dérangement physique de l'organe. Pour son remplacement, les médicaments ou l'hygiène ne peuvent rien; le pessaire est indiqué.

OBSERVATION IX (Tillaux).

Rétroflexion chez une vierge. — Douleurs continuelles empêchant tout travail.

Malade très nerveuse, souffre depuis quatre ans dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque droite; les *douleurs* qu'elle ressent sont *continuelles, lancinantes et d'une telle intensité* qu'elle est venue de province réclamer nos soins. Elle est encore *vierge* malgré ses 24 ans, détail intéressant à noter dans le cas particulier, car nous savons que les grossesses et les troubles de l'involution puerpérale jouent un rôle prédominant dans la pathogénie des déviations de la matrice. Or, bien que ce facteur étiologique ne puisse entrer en ligne de compte, bien que nous ne relevions *dans les antécédents aucun état pathologique* de l'utérus, des annexes ou du péritoine pelvien, notre malade est atteinte d'une rétroflexion, et d'une *rétroflexion très prononcée*.

OBSERVATION X (Merlet).

Dysménorrhée; douleurs intermenstruelles, stérilité. Rétrodéviation mobile

Mme B..., 26 ans, couturière. Opérée le 12 mars 1898. Revue le 5 octobre 1898. — Dans ses antécédents pathologiques, on relève une fièvre typhoïde à 11 ans. A 15 ans, elle a eu ses premières règles; elles sont venues depuis d'une façon irrégulière, Mariée à 24 ans; n'a pas eu d'enfants et n'a pas fait de fausse couche. Pas de pertes, pas de constipation; bon appétit sans troubles gastriques. Tempéramment arthritique, nerveux. Elle *souffre beaucoup*, énormément parfois, et est alors obli-

gée de s'arrêter ou de s'asseoir. Ses douleurs augmentent au moment des congestions menstruelles. Au toucher, on trouve un col petit, irrégulier; le corps utérin est petit et en *rétroversion*. Les annexes paraissent saines. C'est une *rétroversion mobile*, sans gravité, si ce n'est la *stérilité*; mais la *stérilité* est une indication opératoire. Le 12 mars, la vagino-fixation est faite comme de coutume, sans toucher au col qui est sain. Revue le 5 octobre 1898. L'utérus tient bien dans sa nouvelle position; la cicatrice utéro-vaginale est un peu dure. Il y a quelques pertes et quelques douleurs névralgiques légères.

OBSERVATION XI. (*Jayle et A. de Lima*).

Rétroflexion ; douleurs répétées rendant le travail impossible ; opération

Adolphine L..., 17 ans. — Pas d'accouchement, pas de fausse couche, réglée à 14 ans d'une façon normale. Pertes blanches depuis 5 mois; pertes vertes nulles, rouges nulles. *Douleur* depuis un an généralisée dans le petit bassin; recrudescence depuis 5 mois.; *la marche et le travail deviennent impossibles*. Exagération depuis un mois. Tube digestif : digestion difficile, constipation opiniâtre. Etat général assez satisfaisant, malgré un amaigrissement depuis quelques mois.

Vulve normale; col petit regardant en arrière; le corps est en arrière; l'utérus est en *rétroflexion*, réductible; les culs-de-sac sont douloureux.

Le 7 août 1897, Legreu pratique à Broca l'hystéropexie suivie d'ignipuncture des ovaires qui étaient *kystiques* alors que les *trompes* étaient intactes.

OBSERVATION XII (*Baudouin*).

Douleurs permanentes progressives ; *rétroflexion irréductible*

Pozzi. — *Marguerite D...*, 27 ans, entrée le 10 avril 1889 à l'hôpital Pascal, service de M. le Docteur Pozzi.

Antécédents. — Réglée à 13 ans d'une façon régulière. A 21 ans leucorrhée qui a duré un an. Pas de grossesse.

Début de la maladie. — En juin 1885 cette malade aurait eu des rapports avec un homme trop fort; à partir de ce jour-là alors qu'elle était très bien portante, elle aurait éprouvé une *sensation de pesanteur* au niveau des organes génitaux, ainsi que des *douleurs* dans les cuisses parfois les reins et le bas-ventre.

Ces douleurs existent encore.

Etat actuel. — Les douleurs ressenties par la malade sont surtout accusées par la marche ou lors d'une fatigue quelconque. Elles ont les caractères décrits précédemment. Pas de métrorrhagies; règles normales; un peu de leucorrhée.

En mars 1889, la malade avait consulté M. le docteur Labadie-Lagrave, qui avait diagnostiqué une *rétroflexion de l'utérus*.

Le 3 mai, examen sous le chloroforme par M. le Docteur Pozzi.

Col un peu abaissé et dirigé légèrement en avant. L'exploration bi-manuelle révèle la présence du corps de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus est absolument enclavé dans le petit bassin; en longeant la face postérieure du col on sent manifestement à l'union du col et du corps, l'angle de flexion. Ce cas paraît être surtout un cas de *rétroversion flexion utérine*. Par le toucher rectal on sent très bien le corps de l'utérus qui refoule le rectum. La *rétroflexion* est *absolument irréductible*.

Les *annexes* sont saines; le *col de l'utérus* est *tapiroïde*; l'orifice externe très petit est celui d'une nullipare; il n'y a *pas de lésions cervicales*.

Opération le 6 mai 1889. Suivent les détails de l'opération.

OBSERVATION XIII. (*Rapin*).

Vierge : *Dysménorrhée* progressive; ménorrhagies 4 ans après la puberté. *Rétroflexion*; pessaire, guérison.

5 décembre 1890. — Mlle H..., couturière, 31 ans, réglée à 14 ans sans beaucoup de douleurs. A 18 ans chlorose. En 1890, influenza; dès lors, règles *plus fréquentes, plus douloureuses*; maux de reins et sensations de quelque chose de « dérangé dans le ventre ». Fonctions régulières, *pertes blanches*, pas de traumatisme bien certain. Utérus petit, *très fortement rétrofléchi*, renversé en arrière et à gauche. Le ligament large de

ce côté paraît raccourci et un peu infiltré. Mobilité de l'utérus restreinte; *on ne peut le réduire avec la main*. Le redressement avec la sonde utérine par la méthode d'attraction se fait assez facilement mais est très douloureux. Le 14 janvier la malade se sent moins bien; l'utérus est de nouveau rétrofléchi; les règles ont eu lieu vers le 25 décembre ont été très douloureuses, très abondantes et ont duré six jours. Tampons d'ichthyol; massage jusqu'à la fin de janvier où les essais de réduction de l'utérus peuvent de nouveau être tentés sans produire de vives douleurs.

Durant tout le mois de février j'essayai divers redresseurs et pessaires sans parvenir à maintenir l'utérus en position normale. C'est pendant ce temps que je fis construire mes premiers modèles de redresseurs combinés et c'est chez cette malade que j'en fis la première application. La menstruation du 4 au 7 mars fut très facile, pas douloureuse et peu abondante. Le 7 mars 1892, après de nombreux examens de la malade qui venait faire changer son pessaire et où l'utérus fut trouvé en bonne position, le pessaire est enlevé définitivement, un peu trop tôt à mon avis. En effet, le 25 avril et le 21 juin 1892, je constate que la rétroflexion a la tendance de se reproduire. Dès lors je n'ai plus revu la malade; j'ai su cependant que vers la fin de l'année 1892, elle était bien, et avait recommencé son travail habituel.

OBSERVATION XIV et XV. (*Dolérís*).

Deux rétrodéviations chez des vierges ayant nécessité une intervention

1) Vierge de 26 ans, réglée à 14 ans, *leucorrhée* abondante, règles très douloureuses, douleurs lombaires, troubles intestinaux. Utérus gros, abaissé, rétrodévié; annexes droites prolabées.

2) Vierge de 22 ans, réglée à 19 ans, *menstruation insignifiante* et douloureuse; sensation de poids dans l'abdomen, constipation, mictions fréquentes. Utérus gros, rétrodévié; prolapsus des annexes.

OBSERVATION XVI. (Gouin).

Chlorose ; 6 ans après la puberté, dysménorrhée progressive. — Rétroflexion primitive augmentant progressivement malgré un traitement local.

X..., est une jeune fille de 20 ans; s'étant toujours bien portée pendant son enfance. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans.

Depuis plusieurs années, elle est obligée pour gagner sa vie de se livrer à un travail pénible. Sa nourriture habituelle est mauvaise et en petite quantité, ses vêtements sont insuffisants pour la protéger efficacement contre le froid; elle travaille ordinairement dans des appartements dont l'aération est défectueuse. A la suite de ces mauvaises conditions hygiéniques, la *chlorose* s'est développée chez elle. Elle s'est plainte tout d'abord de céphalée, de vertiges, de bourdonnements d'oreille et d'éblouissements, puis sont survenues des douleurs tolérables, mais continues dans les espaces intercostaux, au voisinage de la colonne vertébrale. Les muqueuses se sont décolorées et elle a eu constamment de la leucorrhée. La plupart de ses compagnes de travail étant également pâles et affaiblies, elle croyait que les choses étaient dans leur état normal et ne s'en inquiétait pas davantage. Il y a quelques mois, elle ressentit pour la première fois peu de temps *avant l'arrivée d'une époque menstruelle des douleurs* dans les régions lombaires et inguinales, surtout celle du côté droit. Ces douleurs supportables d'abord surtout pendant les intervalles des époques, *augmentèrent* peu à peu au point de ne lui laisser de repos ni la nuit, ni le jour. C'est alors qu'elle se décida à consulter un médecin. On lui prescrivit une nourriture fortement animalisée, des toniques et des amers à l'intérieur, un peu d'exercice à l'air libre chaque jour, et on lui recommanda en même temps, d'éviter des travaux trop prolongés et de prendre chaque jour un peu de repos.

Son état général s'améliora sensiblement sous l'influence de ce régime, les douleurs même diminuèrent; pourtant pendant les jours qui précédaient les règles, et le premier jour de leur apparition, elle souffrait toujours notablement dans la région lombaire et dans l'aîne.

Par le toucher vaginal, on trouva que l'utérus avait atteint son développement normal et par une exploration bi-manuelle on vit que le fond était très rapproché de l'articulation sacrover-

tébrale, que le corps faisait avec le col un *angle obtus ouvert en arrière*.

Le diagnostic porté après la constatation de ces symptômes physiques et fonctionnels fut *rétroflexion commençante*. Comme la malade était vierge, on ne put penser à faire usage d'un pessaire soit extra, soit intra-utérin. Etant donné la cause immédiate de la maladie, qui était à n'en pas douter l'atonie de l'utérus, produite par la chlorose et la métrite catarrhale concomitante, on crut devoir instituer un traitement orthopédique. (Réduction de la rétroflexion par le rectum chaque fois que la déviation se produisait). On espérait que les tissus pourraient par ce moyen recouvrer leur tonicité.

Ce traitement fut tout d'abord suivi d'une amélioration notable. Mais au bout de quelques mois, on put constater par le toucher rectal que la *rétroflexion avait augmenté*.

L'origine de cette aggravation se trouvait probablement dans la pression exercée par les viscères abdominaux sur la face antérieure de l'utérus. Certainement le traitement gymnastique était suffisant pour ramener à un moment donné l'organe dans sa position normale, mais la rétroflexion se reproduisait bientôt. Peu à peu le grand axe du corps de l'utérus arrive à faire un angle presque droit. La portion vaginale de l'organe avait d'ailleurs sa direction normale, et l'orifice externe est sensiblement au même niveau que la pointe du coccyx. Mais bientôt l'axe du corps utérin fit un nouvel angle avec la direction du vagin, et les ligaments postérieurs subirent une traction qui, de jour en jour, augmenta. Pourtant la malade n'éprouva point d'aggravation de ses douleurs; elles s'adoucirent plutôt. Ce fait peut s'expliquer de la sorte. La grande extensibilité des replis utéro-sacrés et de la paroi supérieure du vagin ont permis un léger déplacement du col utérin. Celui-ci s'est rapproché de la symphise pubienne. En d'autres termes *la rétroflexion s'est accompagnée d'une faible rétroversion*. Les deux orifices du col se sont trouvés placés relativement l'un à l'autre de telle façon que le sang menstruel et les sécrétions utérines ont pu s'écouler au dehors sans trouver de trop grandes difficultés au niveau de l'orifice interne.

Malheureusement cette apparente amélioration ne fut pas de longue durée; la malade n'avait pu se dispenser de faire des efforts et à l'examen suivant nous trouvâmes le corps sur les limites de la fosse de Douglas; les douleurs n'avaient jamais été plus vives; on le comprendra aisément si l'on songe que le corps de l'utérus était comme tordu au milieu des ligaments larges, qu'il

exerçait une traction continuelle sur les nerfs des ligaments ronds et utéro-sacrés. La malade était au désespoir; elle était prête à subir n'importe quelle opération pourvu qu'on la soulageât.

Cette observation est intéressante parce qu'on a pu suivre par des examens progressifs, depuis son origine, l'évolution progressive anatomique et clinique de la rétrodéviatiou.

**B. — Le symptôme prédominant de la rétrodéviatiou primitive
est la dysménorrhée**

OBSERVATION XVII. (Vinot).

Dysménorrhée dès la puberté, progressive; rétroflexion irréductible, prolapsus de l'ovaire droit — hystéropexie, ablation des annexes droites, persistance des douleurs. — Grossesse. — Guérison

Mlle B..., âgée de 20 ans, entre dans le service du Docteur Michaux, à l'hospice d'Ivry en mars 1896.

Réglée à 13 ans, règles toujours irrégulières et *très douloureuses*.

Depuis mars les douleurs sont atroces et viennent tous les mois, 5 à 6 heures avant les règles. Celles-ci sont très peu abondantes et durent à peine une journée.

Quelques *pertes blanches*. La malade n'a jamais eu ni fausse-couche, ni blennorrhagie.

Au toucher : le col est petit, dur. On ne sent pas l'orifice utérin. L'utérus douloureux est d'ailleurs *très petit et rétrofléchi*; la rétroflexion n'est pas réductible.

Les *annexes droites sont douloureuses* et paraissent volumineuses.

Au spéculum : l'orifice utérin est presque imperceptible.

En résumé il semble y avoir à la fois rétroflexion irréductible, annexite droite et sténose du col.

Opération. — Laparotomie. La rétroflexion est péniblement réduite. L'ovaire droit est *scléro-kystique* et gros comme une

petite orange. On enlève les annexes droites et on fixe le corps de l'utérus à la paroi abdominale.

Suites opératoires excellentes.

Un mois après, les règles arrivent et durent cette fois quatre jours. Malheureusement elles sont toujours précédées de *douleurs de ventre assez fortes*, quoique moins fortes qu'autrefois.

Quelques mois après *la malade devient enceinte*. La grossesse est assez pénible; elle doit garder le lit les trois derniers mois. L'accouchement se fait dans de très bonnes conditions.

Depuis, la malade qui est très nerveuse, n'éprouve plus que de très légères douleurs au moment de ses règles.

On voit que dans cette observation, la dysménorrhée pouvait s'expliquer tant par la rétroflexion que par les lésions des annexes droites; ni la castration de ces dernières, ni l'hystéropexie ne suffisent à faire disparaître la douleur au moment des règles; celle-ci devait surtout tenir, comme le fait remarquer Vinox, à la sténose du col, ce qui explique le mieux les heureuses conséquences de la grossesse.

OBSERVATION XVIII. (*Boursier*).

Dysménorrhée très prononcée depuis la puberté : règles peu abondantes, irrégulières, — Rétrolatéroflexion d'un utérus infantile avec col petit.

Mme L. P..., âgée de 39 ans, habitant à Barbezieux, vient à la consultation du professeur Boursier le 23 mai 1901. Elle a eu ses premières règles à 14 ans; elle n'ont pas été régulières; (il y a eu parfois des périodes d'*aménorrhée* de deux mois), peu abondantes, *toujours très douloureuses* et obligeant la malade à *garder le lit*. Les mictions sont normales; pas de constipation, pas de grossesse.

Cette femme souffre depuis 16 ans dans le bas-ventre et la fosse iliaque gauche; douleurs très vives surtout après la marche et la fatigue, se calmant par le repos. Les règles sont restées irrégulières et presque toujours en retard; jamais d'hémorrhagie en dehors des périodes menstruelles et pas de pertes blanches. Il y a de la dyspareunie très marquée et depuis le début de l'affection, la malade peut à peine introduire la canule; pas de troubles de la santé générale, pas de nervosisme.

La palpation est facile, le ventre assez souple, il y a cependant

un peu de douleur à droite, et davantage à gauche. Au toucher on trouve un *col très petit* surmonté d'un corps utérin aussi très petit et en *rétrolatéroflexion droite*. Au spéculum, on voit un col très petit avec un *orifice punctiforme* dans lequel ne pénétrèrent ni l'hystéromètre, ni la baleine.

Ici, la sténose du col suffit à expliquer la dysménorrhée.

OBSERVATION XIX. (Naulleau).

Dysménorrhée apparue deux ans après la puberté. — Raccourcissement des ligaments ronds. — Guérison.

Mlle Gabrielle A..., 20 ans, lingère à Nantes. La malade est née avec deux pieds bots que l'on put réduire au moyen d'appareils orthopédiques. Les articulations tibio-tarsiennes, surtout celle du pied gauche, ont néanmoins conservé une grande laxité. Elle ne se rappelle pas avoir été jamais souffrante.

Réglée à 13 ans, elle le fut d'une façon normale jusqu'à l'âge de 16 ans, époque à laquelle *les règles devinrent douloureuses*; en même temps, dans l'intervalle des règles, apparurent des *pertes blanches* parfois abondantes. Chez elle, elle prenait par aux soins du ménage et déplaçait assez souvent un grand lit. Elle n'a pas souvenance d'avoir fait d'autres efforts plus spécialement au moment d'une période menstruelle, pas plus que d'avoir fait une chute ou d'avoir subi un traumatisme quelconque au moment de ses règles.

A son entrée à l'hôtel Dieu la jeune fille présente au niveau de l'anneau inguinal du côté droit, une dépression dans laquelle on introduit aisément deux doigts. Les piliers semblent assez écartés l'un de l'autre. Jamais, au dire de la malade, elle n'aurait eu de hernie. La palpation du ventre n'est pas douloureuse et ne révèle rien d'anormal.

Le toucher vaginal permet de constater à travers la paroi du cul-de-sac latéral droit, la présence d'une masse indolore, assez bien limitée. L'hystérométrie ne peut être pratiquée qu'en élevant fortement en avant la poignée de l'instrument.

Opération le 10 mars 1899. — La paroi abdominale est incisée dans le sens vertical, de façon que sa moitié inférieure intéresse l'anneau inguinal droit. Un sac herniaire vide est mis à

nu, disséqué, puis réséqué. L'incision de la grande cavité péritonéale permet de saisir le ligament rond droit et de l'attirer au dehors de deux ou trois centimètres. Le péritoine est suturé au-dessous de lui, et le ligament lui-même fixé dans l'épaisseur de la plaie abdominale; l'anneau inguinal est refermé.

Le toucher vaginal, pratiqué immédiatement après l'opération ne laisse plus constater la présence du fond de l'utérus dans le cul-de-sac recto-vaginal. Les suites opératoires ont été excellentes. Cependant, dès le matin et avant l'opération, apparurent des hémorragies utérines, peu abondantes, prises pour les règles, provoquées peut-être par le cathétérisme. Les pertes continuent le lendemain de l'opération; on donne à la malade deux injections vaginales par jour. Le 18 mars on fait une injection d'un centimètre cube d'ergotine Yvon; l'hémorrhagie s'arrête. Le 19, les fils sont enlevés, la cicatrisation est parfaite.

Suites. — Au commencement d'octobre, nous nous sommes rendu au domicile de l'opérée que nous n'avons pu voir, car elle est actuellement novice dans un ordre religieux de Saumur; mais, des lettres écrites par elle à sa mère, il résulte que la guérison s'est maintenue.

Les bons résultats donnés par la simple remise en bonne position de l'utérus montrent qu'ici la dysménorrhée dépendait de la rétrodéviatiou.

OBSERVATION XX. (*Couingt*).

Rétroflexion chez une vierge ; dysménorrhée intense.

Mlle X..., 19 ans, souffrait depuis l'apparition de ses premières règles de douleurs très violentes qui survenaient à chaque période menstruelle. Les souffrances étaient telles que la malade était obligée de s'aliter pendant quelques jours. Leur persistance, malgré tous les traitements employés, et l'apparition de troubles réflexes très pénibles, décidèrent cette jeune fille à laisser pratiquer un examen qui dénota simplement une rétroflexion.

Depuis 7 mois, Mlle X..., porte une tige avec disque; les coliques, les douleurs dans le petit bassin et la partie supérieure des

cuisses ont disparu au moment des règles; celles-ci sont devenues normales comme abondance et très régulières. Il persiste encore une irritabilité nerveuse excessive et quelques douleurs irradiées dans la région hypogastrique droite.

OBSERVATION XXI. (*Couingt*).

Rétroflexion ; dysménorrhée

Mme X..., 22 ans, mariée, sans enfants; réglée à 11 ans; les règles ont été *toujours douloureuses*, mais régulières. Pas de douleur dans l'intervalle, pas de signes de métrite.

L'utérus est en rétroflexion; la réduction en est possible, mais douloureuse; sensibilité des annexes sans tuméfaction.

OBSERVATION XXII. (*Rapin*).

Vierge — dysménorrhée — rétroflexion prononcée — pessaire ; amélioration.

13 avril 1891. — Mlle P..., infirmière, 25 ans, m'est adressée par le docteur M. Elle est vigoureuse, bien réglée, mais *souffre pendant la menstruation*. Elle se plaint de douleurs dans les reins et croit s'être « fait du mal » en portant des malades. Virgo, embonpoint moyen, utérus *fortement rétrofléchi*, réduction assez facile, mais douloureuse.

Le pessaire Hodge ne maintient pas l'utérus en situation. Le 15 avril je pose un pessaire combiné forme berceau qui tient très bien l'utérus et fait immédiatement disparaître les douleurs de reins.

La malade se présente seulement le 27 octobre; son état général est excellent; elle a engraisé et se sent très bien; le pessaire qu'elle porte encore a un peu dévié; il tient cependant l'utérus redressé. Les règles sont *moins douloureuses* et pas très abondantes.

L'appareil a été porté six mois et demi sans interruption; il

est enlevé le 22 juillet 1892, l'utérus est de nouveau en arrière; le pessaire combiné est placé jusqu'au 10 septembre où on l'enlève sans le remplacer par un autre pessaire. La malade ne s'est pas représentée.

OBSERVATION XXIII. (*Lapthorn Smith*).

Dysménorrhée et ménorrhagie chez une jeune fille ; rétrodéviatiou.

Demain matin, je vais opérer une autre fille, qui m'a consulté pour une *ménorrhagie* qui dure sept jours et une *dysménorrhée* qui l'oblige à rester dans le lit un jour tous les mois. Elle était tellement sensible que c'était impossible de l'examiner dans mon bureau; mais à l'aide du chloroforme, dans mon hôpital privé, j'ai constaté la rétroversion et j'ai pu remonter la matrice avec la sonde. Demain je vais dilater, curetter et raccourcir les ligaments ronds.

OBSERVATION XXIV. (*Couingt*).

Rétroflexion ; dysménorrhée, stérilité

Mme A..., 30 ans; pas de grossesses; *douleurs extrêmement violentes* au moment des règles *depuis la puberté*. Rétroflexion utérine. Nombreux traitements sans résultats.

C. — Les symptômes dus au prolapsus des annexes et à leurs altérations
dominent le tableau clinique

OBSERVATION XXV. (Vallin).

Rétroflexion congénitale de l'utérus. — Sténose du col utérin. — Prolapsus
des deux ovaires. — Nervosisme. — Castration. — Guérison.

Mlle J. R..., de Bruxelles, âgée de 22 ans. Première menstruation à quinze ans et demi. Au début, *menstruation très difficile*, douloureuse, élancements dans les fosses iliaques, sang menstruel très abondant, période irrégulière. Après l'établissement des règles, anémie prolongée. Depuis 3 ans, *augmentation de tous les symptômes*; points très douloureux au niveau des ovaires, surtout à gauche. Pendant les règles les souffrances sont telles que la malade doit garder le lit; *nausées, vomissements*, gastralgie, crampes utérines, douleurs expultrices très vives.

Dans l'intervalle des règles, *douleurs* dans les régions iliaques, s'irradiant vers les lombes, crampes le long de la face interne des cuisses, pesanteur des membres, fourmillements, *ténisme vésical*, miction fréquente arrachant des cris à la malade, fonctions digestives paresseuses, *constipation* habituelle. Petit à petit la marche devient de plus en plus difficile; la station debout, tant soit peu prolongée, est impossible; phénomènes réflexes variés du côté des seins et de la poitrine, toux nerveuse; altération du caractère, irritabilité excessive. Inutile de dire que, pendant sa longue maladie, J. R. a essayé tous les traitements : toniques, ferrugineux, hydrothérapie, balnéothérapie.

Premier examen en 1881. — J. R., est une personne chétive, amaigrie, très nerveuse, à qui la vie est devenue insupportable et qui voudrait à tout prix être débarrassée de sa maladie. Les moyens employés jusqu'ici n'ont amené aucune amélioration; ils ont consisté en moyens généraux.

L'examen de la malade ne révèle aucune lésion des diffé-

rents organes : poumons, cœur, appareil digestif, en bon état. Rien du côté des reins. Pas de symptômes dénotant une affection des centres nerveux.

Nervosisme très prononcé, douleurs à la pression le long de la colonne vertébrale, sur le trajet des nerfs, notamment au niveau des nerfs intercostaux, du nerf génito-crural; sensibilité égale des deux côtés du corps; zone insensible au niveau de la face interne et antérieure de la cuisse gauche.

Ventre non ballonné, points très douloureux au niveau des deux fosses iliaques. Examen des organes génitaux.: l'hymen déchiré par suite d'un examen antérieur, leucorrhée vaginale, *vagin très étroit; cul-de-sac postérieur très peu profond; col de la matrice allongé, conique*, non ulcéré, dévié dans le sens de l'axe du vagin; *orifice du col très petit*, permettant à peine l'introduction d'une sonde utérine ordinaire; corps de la matrice peu volumineux, situé en *rétroflexion*, mobile; dans le cul-de-sac latéral gauche en arrière, on sent une tumeur du volume d'une grosse noix, très sensible à l'examen bi-manuel, se déplaçant facilement en avant et en arrière, moins mobile latéralement, constituée par *l'ovaire gauche prolapsé*. L'ovaire droit est accessible, mais n'est pas aussi fortement abaissé que l'ovaire gauche. Il est également très sensible.

Diagnostic. — Sténose du col utérin; rétroflexion congénitale de l'utérus; prolapsus des ovaires; surtout de l'ovaire gauche; nervosisme.

En présence des symptômes si nets de la dysménorrhée provoquée par la sténose du col, je résolus de pratiquer la *discision*. Cette opération fut faite en décembre 1884 : large débridement bi-latéral de la portion vaginale du col jusque près de l'insertion vaginale; débridement de l'orifice interne du col; introduction de dilateurs métalliques dans la cavité utérine. Lavage antiseptique; pansement au perchlorure de fer; suites de l'opération heureuses; guérison de la plaie au bout de 15 jours environ.

Cette première intervention ne fut pas suivie de brillants résultats; le seul effet favorable fut la *disparition de la dysménorrhée*; les règles pendant plusieurs mois furent plus abondantes, non douloureuses; la malade n'était plus condamnée au repos au lit pendant les époques.

Cet état persiste pendant 5 mois; les symptômes signalés plus haut ne montrèrent aucune tendance à disparaître. Les *nécessités redevinrent plus douloureuses*. Je tentai alors de remédier à la rétroflexion de l'utérus. Jamais je n'ai éprouvé

de plus grandes difficultés, bien que l'utérus fut facilement réductible, ce dont j'avais pu me convaincre pendant la chloroformisation pour la discision, *je ne parvins pas à le maintenir à l'aide de pessaires*. J'essayai successivement les anneaux de Hodge, de Smith, de Gaillard Thomas; la matrice semblait maintenue, la malade était soulagée pendant quelques heures; pris les souffrances recommençaient; le lendemain je retrouvais la matrice dans sa situation anormale. Je fis porter alors à la malade le pessaire en 8 de Schultze, j'en modifiai la forme de différentes façons, j'arrivais toujours au même résultat; la matrice semblait maintenue au moment de l'introduction de l'anneau; *le lendemain elle était de nouveau déviée*. A bout de ressources, ayant cependant toujours l'espoir d'écarter la plupart des symptômes par le redressement de l'utérus et des ovaires, je résolus d'essayer les *pessaires intra-utérins*. Je plaçai une tige dans l'intérieur de l'utérus et un pessaire de Hodge dans le vagin; je considérais comme impossible, cet appareil étant supporté, que la matrice put encore reprendre sa situation anormale. La tige intra-utérine fut bien supportée, aucun phénomène réactionnel ne se montra et pendant quelques jours la malade fut même beaucoup soulagée; à telle enseigne qu'elle put venir me rendre visite. Ce mieux ne fut que passager; je retrouvai bientôt, malgré la tige intra-utérine, malgré le pessaire de Hodge, *la matrice de nouveau déviée*. Je m'astreignis alors à faire la réduction tous les jours, mais le résultat ne fut pas plus heureux. Après ces nombreuses tentatives la malade retourna pendant quelques mois à la campagne où un traitement sévère lui fut ordonné. Elle était aussi découragée que moi. Et comme je ne prévoyais pas qu'il y eut moyen d'arriver au but par les procédés que j'avais employés, je lui conseillai de prendre patience. J'espérais que le changement de milieu, le régime et l'air de la campagne, les bains froids modifieraient probablement l'état général et diminueraient cette sensibilité nerveuse excessive, qui accompagne souvent les anomalies de développement des organes génitaux de la jeune fille. Mes espérances furent encore déçues; la jeune fille me revint se plaignant de plus en plus, et exigeant cette fois qu'on la débarrassât définitivement.

Je fis part à ses parents de la dernière ressource qui restait et qui consistait à *enlever les ovaires*; je leur exposai les conséquences de l'opération pour l'avenir de la jeune fille; d'accord avec elle, ils acceptèrent non seulement ma proposition, mais exigèrent même l'intervention, la vie n'étant plus possible

dans les conditions actuelles. Je pris alors l'avis de mon confrère le Docteur Thiriar, qui approuva ma manière de voir et qui, encore une fois, exposa aux parents les conséquences certaines et les accidents possibles de l'opération. Comme moi, il constata la rétroflexion utérine, le prolapsus complet de l'ovaire gauche, le prolapsus incomplet de l'ovaire droit.

L'opération fut pratiquée en novembre 1886, deux ans environ après le début de ma première intervention. Voici en résumé l'histoire de l'opération : incision des parois abdominales dans une étendue de 10 cent., sur la ligne blanche; hémostase avant l'incision du péritoine. Recherche des ovaires rendue un peu difficile par de légères adhérences péritonéales, reliant entre elles les anses intestinales; l'ovaire gauche est ramené d'abord au-devant de l'incision abdominale; application à 1 1/2 centimètre de sa base d'une pince hémostatique au-dessous de laquelle je place deux ligatures partielles et une ligature totale au catgut. L'ovaire est enlevé. Même opération de l'autre côté. Toilette du péritoine. Suture séparée du péritoine au catgut. Fermeture de la plaie abdominale à l'aide du catgut. Pansement au sublimé.

Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier. La température la plus élevée fut observée le 5^e jour, elle s'éleva à 38°5; au niveau de la partie inférieure de la plaie abdominale, il s'est formé au niveau d'un fil de catgut un petit abcès superficiel qui fut traité à l'aide de poudre iodoformée.

La malade quitte le lit 10 jours après l'opération.

J'ai revu cette jeune fille en juin 1887; depuis l'opération *la santé est revenue*; pendant les premiers mois, la malade a encore souffert de points dans le côté gauche. Depuis, ils ont disparu. L'embonpoint est revenu; la malade est gaie, contente; *les règles ont complètement disparu*; il se produit de temps en temps des transpirations, des bouffées de chaleur; l'utérus est toujours en rétroflexion, mais s'atrophie. Le col, qui était très volumineux après les nombreux essais que j'avais faits, et dont les lèvres s'étaient éversées et présentaient une grande ulcération est devenue remarquablement petit; la cicatrice abdominale est résistante, il n'existe pas d'éventration.

Bref, la castration a été suivie d'un heureux résultat et la malade ne regrette à aucun point de vue l'opération qu'elle a subie.

Cette longue observation est bien propre à montrer combien est complexe la pathogénie de la dysménorrhée et par là même

combien sont souvent précaires les résultats d'essais thérapeutiques multiples;

Traitement de la sténose du col : amélioration passagère, puis réapparition des phénomènes douloureux.

Traitement de la rétroflexion : réduction facile, mais contention impossible par l'essai successif des différents pessaires, même en les associant à la tige intra-utérine.

Essais infructueux du traitement général : séjour à la campagne, bains froids, etc.

Enfin castration : *disparition complète des règles* ; guérison.

OBSERVATION XXVI. (Vallin).

Dysménorrhée dès la puberté, progressive ; ménorrhagies ; puis douleurs à la défécation. Rétroversion avec prolapsus de l'ovaire, castration, guérison.

Par J. Greig Smith. Extraite et traduite de *The Lancet*.

London 1883, II, p. 1038.

M. B..., âgée de 18 ans, domestique, commence à être réglée à l'âge de 13 ans. Pas une seule fois, *depuis les cinq ans qu'elle est menstruée elle n'a eu ses règles sans douleur*. Dernièrement les souffrances se sont encore fortement *accrues*. Pendant l'écoulement, qui durait de une semaine à dix jours, elle était complètement incapable de tout travail ; *même dans les intervalles*, qui rarement se prolongeaient plus qu'une quinzaine, elle souffrait d'une douleur continue dans le dos. Pendant ces cinq années elle a présenté un écoulement *leucorrhéique* constant. Depuis les 6 derniers mois, *douleur intense dans l'acte de la défécation*, tellement intense que parfois elle défaillait. Des envies fréquentes d'uriner s'ajoutaient à ses autres tourments. La vie, disait-elle, lui était à charge, et elle suppliait qu'on lui fit quelque chose. Elle a été soumise à divers traitements des plus irrationnels avant d'entrer à l'hôpital de Bristol. C'était une jeune fille calme, de bon sens, phlegmatique, et nullement hystérique à aucun degré. Quant à son histoire, elle ne renseigne nullement sur ses accidents, à moins qu'on ne considère

Comme telle une chute d'une échelle, à l'âge de 12 ans, autant qu'elle s'en souvient.

Je pratiquai l'examen; pendant que l'utérus était poussé par en bas, l'index fut introduit dans le vagin et le médus dans le rectum; je découvris ainsi ce que je crus être l'*ovaire droit*, en prolapsus et adhérent dans le cul-de-sac de Douglas. Il était excessivement sensible à la compression entre les deux doigts.

Si on le tirait par en bas, le ligament de l'ovaire se tendait et devenait parfaitement perceptible. Ce renflement, lorsqu'on le repoussait par en haut, entraînait avec lui le vagin et le rectum, et revenait à sa place aussitôt qu'on l'abandonnait à lui-même. Je sentis vaguement l'ovaire gauche dans sa position normale; celui-ci n'était pas sensible à la pression. Un traitement palliatif fut essayé pendant deux mois.

L'*utérus en rétroversion* fut maintenu à l'aide d'un *pessaire*; les selles furent régularisées par les apéritifs chalybés; des douches d'eau chaude et des saignées locales furent administrées, le tout sans bénéfice.

Le 22 mai 1883, je pris la résolution de tenter l'*extirpation* de l'ovaire par le vagin. La voie vaginale fut choisie parce que je croyais que les adhérences étaient tellement fortes, et la situation de l'ovaire si profonde que, selon toutes apparences, il ne me serait pas possible d'arriver à bout de l'opération par la voie abdominale. Suivirent les détails de l'opération dont les suites furent normales; on enleva l'ovaire gauche.

Une période menstruelle de trois jours de durée, survint dix semaines après l'opération et fut *complètement indolore*. La malade quitta l'hôpital, promettant de revenir au moindre retour de ses anciennes douleurs. Elle revint une fois en août; sa vigueur avait augmenté et jamais plus elle n'avait souffert. Depuis lors, elle n'a pas reparu, ce qui me permet de conclure qu'elle va bien maintenant.

L'ovaire était froncé sur sa surface, petit et dur. A la coupe il était parsemé de menus agrégats de petites cellules, rondes, qui se coloraient très fort par le bois de campêche. Le stroma de l'ovaire était partout infiltré de nombreux noyaux. On pouvait voir plusieurs follicules de de Graaf ratatinés.

Sur une partie de quelques-unes des coupes se trouvaient plusieurs rangées de cellules nucléées, disposées en colonnes; celles-ci régulièrement alignées suggèrent fortement l'idée d'une production kystique.

Ici le maintien de l'utérus en bonne position par le pessaire

fut possible, mais n'amena pas d'amélioration; par contre la castration unilatérale fut suivie d'une guérison complète.

Nous retrouvons la même succession de faits dans l'observation suivante :

OBSERVATION XXVII. (Vallin).

Publiée par Menzel. — Extraite et traduite de Archiv. f. gyn. 1885.

H... von H... de Trèves, 25 ans, vierge, rétroflexion de l'utérus, ménorrhagies. La patiente a toujours été régulièrement, mais fortement réglée; dans ces deux dernières années, *les règles étaient tellement abondantes* qu'elles étaient presque continues d'une période à l'autre; par suite la malade devint excessivement faible. Malgré un pessaire qu'elle porte depuis des années, elle éprouve de continuelles *douleurs* dans le bas-ventre autour de la matrice; celles-ci rayonnent jusque dans la cuisse, bien qu'on n'ait constaté aucun processus exsudatif péri-utérin. L'utérus est mobile; aussi obtient-on par *moments une sensible amélioration par l'emploi du pessaire* de Thomas; mais les pertes de sang continuèrent à être toujours fort abondantes. A chaque mouvement, les douleurs déjà mentionnées se reproduisent, et pendant deux ans la malade ne peut marcher.

Cette femme est épuisée par tout le cortège des symptômes que l'anémie traîne à sa suite; de plus elle éprouve dans la direction du sacrum de violentes douleurs qui augmentent encore d'intensité *pendant la défécation*.

A l'examen, outre la virginité, on constate la *rétroflexion* d'un utérus gros, volumineux par suite de l'obstacle à la circulation qui résulte de sa flexion. *Les deux ovaires*, notamment le gauche sont également très volumineux et situés tous deux dans la cavité de Douglas.

Opération le 24 janvier 1885. — Après avoir replacé l'utérus rétrofléchi dans sa position normale, on isole les ovaires sans les trompes et on les extirpe sans difficulté. Tous deux sont augmentés de volume et présentent une *dégénérescence kystique* de leur stroma.

Les nouvelles reçues jusqu'à présent indiquent une situation excellente. Les pertes de sang ne se sont pas reproduites;

les douleurs ont presque totalement disparu, et la malade peut maintenant, sans en éprouver aucune souffrance, marcher et vaquer à ses occupations.

OBSERVATION XXVIII. (*Terrier*).

Douleurs tardives progressives. — Rétroflexion avec prolapsus de l'ovaire gauche ayant fait croire à une salpingite. — Hystéropexie. — Guérison.

Mlle *Héloïse D...*, 29 ans, demeurant à Dreux, m'est adressée à l'hôpital Bichat, le 16 février 1888, par mon confrère et ami le Docteur *Molinier*, (de Dreux).

Réglée à 17 ans, les menstrues ont toujours été régulières; la santé est restée assez bonne jusqu'il y a une année. En avril 1887, Mlle D..., fut atteinte, dit-elle, d'une inflammation d'intestin, caractérisée par des accidents péritonitiques, surtout du gonflement du ventre et des vomissements; il n'y avait pas de diarrhée. Tous ces phénomènes morbides s'amendèrent peu à peu et au bout d'un mois, c'est-à-dire en mai, ils avaient presque disparu. Toutefois, la malade souffrait toujours de tiraillements dans les côtés du ventre, *douleurs* un peu exaspérées par les règles, d'ailleurs peu abondantes, car l'anémie était assez accusée. Le Docteur *Molinier* qui vit la malade en août 1887, prescrivit un *pessaire* (anneau de Dumontpallier), qui donna un peu de soulagement. Mais celui-ci ne fut que momentané et ainsi qu'en janvier 1888, vers la fin de l'année 1887, Mlle D..., *souffrait beaucoup*, ne pouvait presque pas marcher et restait souvent couchée. Déjà, en octobre, mon confrère de Dreux lui avait parlé de la nécessité d'une opération pour être guérie et c'est dans ce but que la malade se présenta à Bichat le 16 février 1888.

La malade est amaigrie et paraît souffrir presque constamment surtout lorsqu'elle se lève. Ces douleurs siègent dans le bas-ventre et s'irradient vers les aînes et le rectum.

Le palper abdominal est peu douloureux et en tout cas permet de s'assurer qu'il n'existe aucune tumeur utérine ou ovarienne de notable volume et faisant une saillie anormale.

Par le toucher vaginal, on sent, en arrière, et à gauche, une petite tumeur très douloureuse à la moindre pression, qui semble faire corps avec l'utérus et se prolonge vers le ligament large gauche. Le palper combiné au toucher, quoique très douloureux, permet de reconnaître à gauche de l'utérus cette tumeur assez petite, allongée transversalement et qu'on prend pour une trompe douloureuse et dilatée.

L'utérus, est un peu augmenté de volume; il y a un peu d'écoulement purulent par le col. Le diagnostic est salpingite à gauche, due à une métrite antérieure catarrhale.

Opération le 13 mars 1888, à l'hôpital Bichat, avec l'aide de mes collègues et amis MM. Périer, Berger, et Quénu. Le péritoine ouvert, arrivant au cul-de-sac postérieur du péritoine, on y trouve *l'utérus fléchi et l'ovaire du côté gauche* en quelque sorte enclavé dans ce cul-de-sac. *La trompe gauche est tout à fait normale et intacte.*

L'utérus, d'ailleurs non adhérent, est ramené en avant et l'ovaire est replacé à gauche. Puis, pour éviter une nouvelle déviation, l'utérus est fixé à la paroi abdominale antérieure.

Les suites de l'opération furent des plus simples; la malade quitta l'hôpital le 7 avril 1888; à cette date l'utérus restait appliqué derrière la paroi abdominale antérieure en antéversion.

Les règles revinrent normalement, les douleurs cessèrent presque absolument, toutefois, il y avait un peu de sensibilité du côté gauche du bas-ventre. Il y a trois mois, Mlle D..., ressentit des tiraillements dans les deux côtés lorsqu'elle avait beaucoup travaillé, ce qui lui arrivait souvent, étant domestique.

Le 10 novembre 1888, l'utérus était en rétroversion, fixé derrière la paroi abdominale antérieure; le palper, combiné au toucher, permet de s'assurer que l'utérus est indolent.

Il n'y a jamais eu de troubles du côté de la miction, ni de maux de reins. Seuls persistent des tiraillements, surtout à gauche, s'irradiant dans la hanche, véritable névralgie iléo-lombaire, exaspérée par la voiture et le travail un peu forcé. Actuellement, Mlle D..., peut marcher et travailler, ce qu'il lui était tout-à-fait impossible de faire avant d'être opérée.

Dans ce cas, l'opération fut faite après une erreur de diagnostic, car on croyait à une salpingite et la tumeur douloureuse était l'ovaire gauche placé derrière l'utérus, lui-même en rétroversion très accusée.

OBSERVATION XXIX. (*Boureau*).

Rétroversion chez une vierge ; dysménorrhée, leucorrhée ;
prolapsus ovarique — Alexander — Guérison

Payen, 27 ans, domestique, demeurant à Billancourt. Adressée au Docteur Doléris avec le diagnostic de rétroversion irréductible, de dysménorrhée douloureuse et de leucorrhée.

Douleurs habituelles dans le ventre. — Examen le 13 janvier; la malade est *vierge*; néanmoins on sent très bien la rétroversion qu'on tente de réduire avec la sonde; la réduction est douloureuse et ne peut être qu'imparfaitement réalisée. — *Prolapsus ovarique.* — Ecoulement cervical.

Dilatation progressive à l'aide de tiges de laminaire, curage, écouvillonnage; le 11 février Alexander. — Le 11 mars, utérus en position parfaite; plus de prolapsus ovarique, plus de catarrhe. La malade revue le 4 mai n'a plus de pertes; bon état général; légère antéflexion, utérus bien suspendu; le catarrhe n'a pas reparu.

OBSERVATION XXX. (*Schwartz*).

Rétroflexion prononcée difficilement réductible et maintenable avec, prolapsus des deux ovaires ; dysménorrhée, puis douleurs permanentes

Mme L. L..., âgée de 26 ans, *difficilement réglée*, ne présente aucun autre antécédent digne d'être noté. Elle souffre *depuis trois ans de violentes douleurs* dans la région gauche du petit bassin principalement; de plus elle éprouve comme une sensation de pesanteur, de poids sur le rectum. On l'a traitée par l'application des courants électriques inutilement depuis dix-huit mois.

L'examen nous permet de constater une *rétroversion très accentuée*; l'utérus est renversé sur le rectum, beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal, légèrement douloureux à la pres-

sion. On sent, en outre, dans les culs-de-sacs de petites tumeurs très douloureuses au toucher profond et qui paraissent être *les ovaires* sans que d'ailleurs par l'examen bi-manuel nous puissions constater une réelle augmentation de volume. L'utérus est difficilement réductible soit avec les doigts, soit avec l'aide de l'hystéromètre; il résiste aux manœuvres que l'on fait pour le redresser.

Je propose néanmoins l'opération du raccourcissement des ligaments ronds. Celle-ci est pratiquée le 8 août. On trouve difficilement les ligaments; ceux-ci s'effritent sous la plus légère traction et il est impossible d'obtenir quoi que ce soit pour le redressement de l'utérus.

La malade quitte d'ailleurs l'hôpital douze jours après l'intervention nullement soulagée par l'opération. Nous l'avons revue le 1^{er} mars; les douleurs ont continué depuis comme avant.

OBSERVATION XXXI. (*Baudouin*).

Rétroflexion datant de l'enfance, prolapsus de l'ovaire droit.— Hystéropexie, guérison.

Kelly Cas 1.— Mlle W... 27 ans.— dysurie, *douleurs vives dans le petit bassin*; mauvais été général; marche difficile; *défection très douloureuse*.

Rétroflexion datant de l'enfance; affection ovariennne chronique à droite : *ovaire kystique douloureux*, prolapsé dans le cul-de-sac de Douglas.

Depuis 2 ans révolus, tamponnement des culs-de-sac vaginaux. Ovariectomie vaginale à droite (printemps 1884). Impossibilité de redresser l'utérus.

Le 25 avril 1885 hystéropexie : utérus lourd, *non-adhérent*; *brides cicatricielles transversales dans l'angle de flexion*.

Un an après, utérus bien fixé de dimensions normales; pas de douleurs. Utérus sain.

OBSERVATION XXXII (*Manrique*).

Vierge ; douleurs et ménorrhagies ; rétroflexion, prolapsus des ovaires ;
hystéropexie, guérison

J. F...., vierge, 18 ans. Malade depuis deux ans, *ménorrhagies* répétées dont la dernière persiste depuis cinq semaines. *Ovaires* prolapsés et sensibles ; *utérus rétrofléchi*, mais mobile. Opération le 13 décembre 1884.

La ménorrhagie et la douleur ont complètement disparu.

D. — La Ménorrhagie est le symptôme principal

OBSERVATION XXXIII. (*Castan*).

Rétroflexion légère chez une vierge : métrorrhagies persistantes.

D. A...., 19 ans, domestique. — Mère morte à 20 ans de tuberculose aiguë, père mort à 39 ans de tuberculose ; 3 frères et une sœur, en bonne santé.

Jamais de rhumes, ni d'hémoptysie ; à 12 ans épistaxis profuse jusqu'à 14 ans ; jamais de rhumatisme. *Constipation opiniâtre* ; la malade reste quelquefois huit jours sans aller à la selle.

Réglée à 14 ans, régulièrement, jusqu'à il y a deux ans et demi ; à ce moment, aménorrhée de quelques mois. En novembre 1895, les règles sont apparues le 3, ont duré 8 jours, puis sont revenues 8 jours après leur cessation ; elles ont été alors *continues et abondantes*, sans *aucune interruption*. Au mois d'avril suivant la malade n'avait même pas le temps de se changer ; elle était continuellement dans le sang.

L'hémorrhagie s'est arrêtée pendant un mois au cours de l'année, puis s'est reproduite tous les jours sans interruption jusqu'à la première entrée à l'hôpital le 19 octobre 1897. Elle n'a jamais eu mal dans le ventre, jamais de pertes blanches. Elle a sensiblement maigri depuis le début de ces pertes et est très faible, malgré un aspect général excellent en apparence.

Les pertes contiennent beaucoup de gros caillots; le sang est très épais; pas de débris ni de membranes.

L'examen gynécologique est pratiqué par M. Quénu, sous le chloroforme, la malade ne pouvant supporter le toucher. Hymen, en fer à cheval. Col ramolli, utérus de volume normal, légèrement rétrofléchi; annexes paraissant saines. Le 90 novembre on place une laminaire, mais la malade quitte l'hôpital.

En janvier, à son retour, examen complet; pas de troubles nerveux, rien du côté des différents appareils. — Dilatation par la laminaire, curettage, cautérisation à la teinture d'iode, cessation de l'hémorrhagie.

Commentant cette observation, Castan, qui fait jouer un grand rôle à la constipation, ajoute: le curettage a fait disparaître la constipation peut-être par suite de la saignée locale, produite, peut-être en relevant l'utérus légèrement rétrofléchi.

E. — L'attention est attirée sur l'existence de la rétrodiéviatîon primitive par l'apparition de troubles vésicaux.

OBSERVATION XXXIV. (Alexander in thèse Manrique).

Troubles vésicaux; rétroversion complète. — Raccourcissement des ligaments ronds; guérison.

Miss C..., demoiselle âgée de 22 ans, qui au mois de mai 1883 consulta le docteur Alexander pour des *accidents qu'elle éprouvait du côté de la vessie* et qu'on avait attribués à un catarrhe vésical, avec exagération de l'irritabilité de cet organe. Cette demoiselle qui est musicienne de profession, (joueuse de violon) croit que sa maladie provient de la nécessité inhérente à sa profession, qui l'oblige à retenir son urine pendant longtemps. C'est une fille de grande stature, pâle, anémique, et sa mauvaise santé générale paraît dépendre de quelque état local.

On lui conseilla un traitement médical reconstituant dont la noix vomique ou son alcaloïde constituerait la base principale. Pendant quelque temps elle se trouva mieux, mais l'amélioration était seulement temporaire, car elle disparaissait dès qu'on cessait le traitement. Après quatre mois d'alternatives dans la santé de cette fille, on fait comprendre à la mère la nécessité qu'il y avait à faire un examen minutieux des organes génitaux. Peu de jours après on put faire cet examen après anesthésie chloroformique; et on constata l'existence d'une *rétroversion complète de l'utérus*; on remplaça ensuite l'utérus au moyen de l'hystéromètre et on tâcha de le maintenir réduit à l'aide d'un *pessaire de Hodge*.

Quinze jours après, on dut enlever ce pessaire, à cause de l'irritation locale qu'il avait causée. A peine le pessaire fut-il enlevé que l'utérus reprit sa position anormale.

Le volume de la matrice était normal et sa mauvaise position dépendait sans doute de la dilatation de la vessie. Pour guérir les accidents du côté de ce dernier organe, il fallait tout d'abord empêcher le col utérin de comprimer le fond de la vessie.

L'opération était ici doublement indiquée pour redresser l'utérus et pour corriger l'inclinaison en arrière du réservoir urinaire.

L'idée d'une opération fut acceptée avec enthousiasme par la fille et par la mère qui la croyaient préférable à l'emploi indéfini d'un traitement par les pessaires, si répugnant aux sentiments d'une jeune fille.

Le *raccourcissement des ligaments* fut pratiqué le 28 novembre 1883 par le docteur Alexander. Suivent les détails de l'opération. On avait placé un petit pessaire de Hodge pour soutenir l'utérus pendant la convalescence de la malade et comme il causait peu de gêne on ne l'enleva que le 14 février.

Seize mois après l'opération l'*état général de la malade est très bon*. L'utérus garde la position qu'on lui a donnée, mais de temps en temps miss C. fait des poussées de cystite.

F. — Les troubles intestinaux dominant

OBSERVATION XXXV. (*Marchais*).

Rétroversion chez une vierge; dysménorrhée dès la puberté; constipation opiniâtre, entérocolite; essais thérapeutiques multiples; hystéropexie; guérison.

Mlle X..., 29 ans; (la plus grande partie de l'observation a été rédigée par le frère de la malade, médecin à Paris).

Rien de spécial dans les antécédents héréditaires. — Enfance sans accidents. Les règles apparaissent à 12 ans et, à partir de cette époque, la malade accuse de *violentes douleurs* tous les mois, les quelques jours précédant leur apparition. Dès l'âge de 15 ans, la *difficulté est devenue grande pour obtenir des selles à peu près régulières*, tous les trois jours, et la malade ne parlant pas ou peu de son état, aucune personne de la famille ne soupçonne cette infirmité qui ne cesse d'empirer et se complique de phénomènes d'entérite muco-membraneuse avec coliques très douloureuses. On n'apprit tout ceci qu'en 1899 (la malade avait 25 ans) à l'occasion d'une crise d'*appendicite aiguë* pour laquelle l'opération fut pratiquée d'urgence.

A la suite de l'opération, un peu de mieux se produisit, et la malade ne se préoccupa plus de sa constipation, se contentant de faire des lavages d'intestin lorsqu'il y avait trop longtemps qu'elle n'avait eu de selles. Mais au mois août 1902, éclatèrent des accidents d'entérite grave pour lesquels le médecin consulté conseilla la cure de Plombières. La malade y fit une saison, mais, peu de temps après son retour, se retrouva dans le même état, et même dans un état pire; elle n'obtenait une selle que tous les dix ou douze jours.

Elle consulta à nouveau; on lui prescrivit le *régime classique des entéritiques avec massage et électricité*. La prescription fut minutieusement exécutée, mais les résultats furent insignifiants, il n'y avait qu'une selle par semaine;

C'est à cette époque (mars 1903) que la malade me fut envoyée par son frère qui s'était chargé des massages, afin de voir si nous aurions plus de succès que lui. Nous examinons l'abdomen,

et ne trouvant à notre tour aucune contrindication, nous commençâmes des séances quotidiennes de *massage gastro-intestinal*. Les premiers jours, nous eûmes, au succès; au bout de trois semaines, l'amélioration n'était pas satisfaisante, car la malade n'avait de garde-robe que tous les 4 ou 5 jours.

Nous rappelant nos observations précédentes, nous pensâmes à une déviation utérine et en effet le toucher rectal nous révéla *une rétroversion*. Le fond de l'utérus, tuméfié et douloureux, accompagné à droite des annexes, s'appliquait contre le rectum. Nous fîmes alors de la *kinésithérapie gynécologique*. Comme la première fois, il sembla tout d'abord que nous réussirions, mais après une série de séances, les résultats étaient tellement irréguliers que la malade ennuyée cessa de venir.

Les accidents persistant, nous la revîmes au mois de juin. Nous fîmes encore du massage pendant une dizaine de jours; cependant l'état général étant très mauvais et le succès du traitement devant se faire attendre, nous insistâmes pour qu'on eût recours à une intervention chirurgicale. On fit alors le 28 juillet une *hystéropexie*; les suites opératoires immédiates furent parfaites. Quant au résultat spécial désiré, la malade depuis lors a des selles quotidiennes, indolores, normales. Les phénomènes d'entérite ont disparu; l'appétit est revenu, la santé générale est excellente et aujourd'hui, 1^{er} novembre, la malade est dans un état physique et moral dont elle n'avait pas joui depuis longtemps.

OBSERVATION XXXVI. (*Lapthorn Smith*).

Troubles intestinaux ; rétroversion

Pendant que j'écris ces pages, une demoiselle de 30 ans est venue me consulter pour une *dysenterie* dont elle souffrait depuis quelques années. Je l'ai soignée il y a trois ans sans l'avoir examinée et sans lui avoir fait du bien. Depuis lors elle a consulté cinq ou six médecins. Comme il n'y avait pas d'amélioration, elle m'a prié de voir si ce n'était pas la matrice qui causait sa maladie. En effet, en faisant un examen digital, j'ai trouvé la matrice complètement renversée.

G. — Les troubles gastriques sont la première manifestation clinique importante

OBSERVATION XXXVII. (*Atthil*).

Vomissements prolongés. — Rétroflexion ; pessaire ; guérison.

Une institutrice de 21 ans, célibataire, avait été prise de temps à autre de vomissements qui, depuis trois mois, étaient devenus incessants. Elle avait déjà subi divers traitements sans résultats, et lorsque je la vis en consultation avec mon confrère le Docteur Little, elle rendait tout ce qu'elle prenait, même le lait et l'eau de chaux qui lui étaient administrés par cuillerées, à des intervalles réguliers et à l'exclusion de toute autre espèce d'aliments. Cependant la jeune fille n'était pas trop déprimée, Elle se plaignait seulement de faiblesse et de douleur dans le creux de l'estomac ainsi que dans le dos. Les règles étaient régulières mais moins abondantes. Le palper abdominal était douloureux au-dessus de la région ovarienne gauche, où furent appliquées quatre sangsues; le résultat fut bon, les vomissements s'atténuaient sans toutefois cesser complètement.

Reconnaissant que ce symptôme était d'origine réflexe je demandai l'examen vaginal et fus surpris de trouver l'utérus en *rétroflexion complète*. Le fond de l'organe, très développé, occupait la cavité du sacrum. Remis facilement en place, il y fut maintenu par un *petit pessaire de Hodge* qui fut supporté, et après l'application duquel le vomissement cessa complètement. Les règles devinrent aussi beaucoup plus abondantes. Le pessaire fut enlevé au bout de trois mois; il n'y eut aucune reproduction des symptômes disparus et la jeune fille doit être aujourd'hui mariée.

H. — Intensité des troubles nerveux.

OBSERVATION XXXVIII. (*Solé*).

Vierge; dysménorrhée; troubles nerveux marqués; *rétroflexion irréductible* - hystéropexie, guérison.

Une jeune fille de 23 ans, Jeanne M..., d'Ixelles, vint me trouver à ma consultation du calvaire, se plaignant de *constipation opi-*

niâtre ayant résisté à tous les traitements (cette constipation est la règle et semble dûe plutôt à la parésie réflexe du rectum qu'à sa compression), de *dysménorrhée* et de *douleurs* dans l'hypogastre. Bien portante jusqu'à sa puberté quoique appartenant à une famille de névropathes, elle a été réglée à 16 ans. A partir de ce moment, son tempérament nerveux, a pris une prédominance marquée, elle est devenue plus impressionnable, son caractère s'est brusquement modifié. Elle a des troubles du côté de la vision, la sensation d'une boule qui lui monte à la gorge et de plus des attaques de nerfs. D'abord une par semaine, puis augmentant graduellement; au moment où nous la voyons elle en a cinq ou six par semaine.

Par la suite, nous avons assisté à plusieurs de ces attaques qui revêtent tous les caractères des attaques d'hystéro-épilepsie.

A l'examen objectif, la vulve est normale, l'hymen intact permet l'introduction du doigt, le *col conique* est reporté en avant. Dans le cul-de-sac de Douglas, on sent une petite tumeur irréductible séparée du col par un sillon nettement accusé. La palpation bi-manuelle ne nous permet pas de sentir l'utérus au-devant du pubis. Le toucher rectal éclaircit notre diagnostic. Nous avons affaire à une *rétroflexion utérine irréductible*. Un hystéromètre introduit dans la cavité utérine, ne nous permet pas de même le redressement de l'organe et sa mise en antéflexion physiologique.

Le 25 août, nous faisons la laparotomie pour remettre l'utérus en antéflexion normale et nous pratiquons l'hystéropexie abdominale. Les suites opératoires furent normales. La malade eut encore deux crises quelques jours après l'opération; depuis elles ont complètement disparu.

OBSERVATION XXXIX. (*Sanger* in thèse *Racoviceanu*).

Dysménorrhée très intense, ménorrhagies. — Troubles nerveux marqués : incapacité de travail, tendance au suicide. — Echec des pessaires. — Ventrofixation. — Guérison des troubles utérins.

Mlle Oh..., 26 ans, est soignée depuis plusieurs années pour une *rétroflexion* qui s'accompagne de *dysménorrhée* très intense, avec accès hystériques et divers troubles nerveux.

C'est un de ces rares cas, où, en dehors des douleurs locales violentes, rien ne peut être incriminé que l'existence d'une rétroflexion avec hypertrophie de l'utérus qui est mobile.

Les pessaires les plus divers sont restés sans *résultat*. Les différentes manipulations gynécologiques ont eu une fâcheuse influence sur l'état général déjà bien éprouvé de la malade et l'ont poussée à la *masturbation*. Incapable de travailler, elle était forcée pendant les règles de *garder le lit* à cause de l'abondance de l'écoulement et des douleurs. Plusieurs gynécologues lui proposèrent, pour la débarrasser, la castration et même l'extirpation complète de l'utérus. Mais je voulais auparavant voir s'il n'était pas possible de maintenir l'utérus dans sa position antéfléchie par un pessaire; j'appliquai le pessaire de Thomas; après deux jours, l'utérus était revenu à sa position vicieuse. J'appliquai en dernier lieu, un pessaire de Hodge, fis le traitement symptomatique et la perdis de vue pendant un certain temps.

Malgré cela, les *troubles psychiques allèrent en augmentant*. La malade tombait dans des accès de mélancolie et chercha plusieurs fois à se donner la mort; dans ces conditions elle fut admise à la clinique des fous de l'Université. On trouva également que les troubles étaient de nature hystérique et tenaient à la rétroflexion. Alors je me décidai à intervenir par l'hystérorrhaphie. Suivent les détails de l'opération. La malade quitta le lit après trois semaines. Alors seulement, on enleva le pessaire qu'on avait laissé par précaution; lentement les douleurs disparurent, la menstruation vint sans douleurs et dura quatre jours, tandis qu'elle durait sept jours antérieurement. Après trois mois, au nouvel examen de la malade, on trouva l'utérus petit et mobile, la patiente engraisait, avait fort bonne mine; tous les maux locaux ont disparu. La malade n'a jamais porté de pessaire depuis l'opération.

1. — Prédominance des troubles fonctionnels

OBSERVATION XL. (*Dolérís* puis *Richelot*).

Rétroversoflexion chez une vierge : dysménorrhée, douleurs permanentes avec crises paroxystiques, métrorrhagie, leucorrhée; incapacité de travail, neurasthénie très accentuée. Interventions multiples; finalement hystérectomie; persistance de la neurasthénie.

Richelot : *Semaine médicale*, 12 septembre 1888.

S. T..., 27 ans, domestique: — Vierge; réglée à 15 ans 1/2; les époques ont toujours été pénibles, irrégulières, quelque fois suspendues plusieurs mois. Depuis 4 ans elle souffre constamment du ventre et des reins; douleurs plus fortes au moment des règles; pertes blanches continuelles: Elle n'a jamais eu de vraies attaques d'hystérie; mais nerveuse, et devenue pour ainsi dire *hypochondriaque à la suite de ses douleurs*. La situation est devenue intolérable; elle s'est confiée à la chirurgie l'année dernière.

Dolérís : *Nouv. archives d'obstét. et de gynécol.* 1890.

Le 13 janvier 1887; je pratique le premier examen, difficilement car la malade est vierge. Néanmoins je constate très bien que l'*utérus est renversé complètement* vers le sacrum; il paraît augmenté de volume surtout dans le sens de la longueur et *légèrement infléchi en arrière*. Hystérométrie : 7 cent. 5. Les ovaires sont prolabés et semblent adhérents. Je fais un deuxième examen, la malade étant endormie; le prolapsus des ovaires est très net, ainsi que l'existence de brides néomembraneuses qui le rendent permanent. Je tente la réduction de l'utérus rétroversé à l'aide de la sonde; j'y parviens imparfaitement. Je sens par le toucher vaginal pratiqué pendant le redressement que les tentatives de réduction tendent le cul-de-sac de Douglas et que des tractus membraneux solides doublent ce cul-de-sac du côté du péritoine et retiennent les annexes utérines captives (voir plus bas l'intervention de Richelot) tandis que l'utérus lui-même peut se mobiliser.

Les *symptômes fonctionnels* sont les suivants : douleur permanente avec paroxysmes simulant la névralgie; métrorrhagies; leucorrhée, dysménorrhée, névropathie générale; incapacité de travail; état général affaibli. La malade est d'un naturel craintif, se plaint facilement et son intelligence est très obtuse. Elle a eu des hémoptysies et des signes de début de tuberculose pulmonaire; actuellement rien du côté de la poitrine, et je pense pouvoir rapporter l'ensemble des symptômes à la déviation compliquée d'oophoro-salpingite chronique avec encapsulation des ovaires dans de vieux exsudats.

Le plan opératoire sera le suivant : traitement du catarrhe chronique, dilatation répétée et curage; plus tard, réduction chirurgicale de la déviation si l'état n'est pas amélioré.

Le 16 janv. première laminaire, etc.

Le 11 février, raccourcissement des ligaments ronds; suites opératoires normales.

Le 11 mars, l'utérus est en position parfaite; la face antérieure et le fond de l'utérus appuyent légèrement sur la symphyse pubienne. Les culs-de-sac sont libres, et je ne sens plus ni les ovaires, ni les tractus néomembraneux qui les fixaient au fond de l'excavation. Il n'y a plus de catarrhe; néanmoins la malade se plaint encore.

Le 18 mars, même état, l'utérus donne 6 centimètres au cathétérisme.

Le 1^{er} avril, en vidant et en remplissant la vessie, je me rends compte que l'utérus en suit les mouvements, qu'il jouit de toute sa mobilité. La contractilité des ligaments ronds est parfaite et leur élasticité permet tous les déplacements physiologiques de la matrice. L'hypertrophie et le catarrhe du col ont disparu.

RICHELOT. — Le 27 août 1887, la malade entre à Bichat dans le service de Richelot qui trouve un col de volume normal un peu tourné en arrière, des culs de sacs d'une souplesse irréprochable, un corps petit, bien en place, en légère antéversion.

A la palpation du ventre, aucune douleur. Au spéculum, col normal, sans rougeur ni ulcération; il existe un très léger catarrhe muqueux; le cathétérisme est facile et donne 7 centimètres.

On ne trouve donc aucune affection déterminée de l'utérus ou de ses dépendances; on ne peut même découvrir un degré appréciable de métrite. La douleur est vague, diffuse, et n'a pas de localisation; il est impossible de mettre le doigt sur un point suspect. Et cependant cette douleur est vive, incessante,

avec des exacerbations; elle occupe l'hypogastre, les fosses iliaques, les reins, la région sacrée; la malade la décrit sous les diverses formes que revêtent les névralgies; tension, élancements, brûlures qui l'empêchent de se tenir debout et de faire aucun travail. Il faut en venir au diagnostic de névralgie utérine ou pelvienne n'ayant pour point de départ aucune lésion tangible.

Richelot tenta la divulsion, puis pratiqua l'ablation de l'utérus et des annexes. « L'opération finie, j'examine l'utérus; il est petit; sa cavité et ses parois n'offrent absolument rien d'anormal. Même *intégrité des ovaires* : ni augmentation de volume, ni *adhérences*, ni altérations kystiques. *Les trompes* ne présentent ni dilatation, ni épaissement; elles sont *saines dans toute leur étendue*. Cette absence de lésion justifie le diagnostic de névralgie pure ».

DOLÉRIS. — La malade est-elle guérie ? et pour longtemps ? Mes informations me permettent d'affirmer qu'elle est restée aussi névropathe après sa deuxième opération qu'après sa première.

OBSERVATION XLI. (Valleix).

Rétroflexion chez une vierge; symptômes fonctionnels multiples.
Pessaïre, Guérison.

Une jeune fille, d'une constitution nerveuse, qui avait été réglée à quatorze ans et avait toujours joui d'une bonne santé, fit à l'âge de 18 ans, une chute sur le siège. Elle ressentit immédiatement de vives douleurs dans les reins et dans les cuisses; les garde-robes devinrent très difficiles. Au bout de quelque temps se déclara une *leucorrhée* à laquelle se joignirent bientôt les signes d'une anémie commençante.

Des douleurs assez intenses existaient dans la région fessière. Le médecin chargé de donner des soins à la malade crut découvrir une *névralgie sciatique*; il fit appliquer un moxa. Les phénomènes morbides continuèrent; il survint de la perte de l'appétit, des vomissements; on pensa qu'il s'agissait d'une *dyspepsie*; un vomitif fut conseillé. Dans ces conjonctures la malade fut prise d'une toux sèche et fatigante qu'on crut devoir attribuer à une *gastrite chronique*. Des sangsues furent appliquées.

Peu de temps après, des douleurs aiguës se manifestèrent dans la région de l'hypochondre droit et firent croire à la présence d'une *affection du foie* qu'on traita par des saignées locales et des vésicatoires volants.

De l'œdème et des palpitations ne tardèrent pas à se produire. Le médecin, considérant l'inefficacité des agents thérapeutiques qu'il avait mis en usage, pensa qu'il avait affaire à une *affection du cœur*; il eut recours à un nouveau mode de traitement; l'œdème et les palpitations persistèrent. Il crut alors à l'existence d'une *maladie des reins*.

Cependant l'état de la malade allait s'aggravant de jour en jour. De temps en temps, elle avait des *métrorrhagies*; elle fit un voyage à *Vichy*. Il se produisit une amélioration passagère. L'année suivante, les phénomènes morbides revinrent avec une intensité nouvelle et amenèrent une maigreur et un affaïssement extrêmes. On conseilla les *eaux de Néris*; elles ne procurèrent aucun soulagement. Vers cette époque il s'établit une *dysménorrhée* qui s'accompagna des accidents les plus alarmants. La malade, pendant la durée de l'époque menstruelle, était en proie à de vives douleurs et à des attaques d'hystérie d'une violence excessive. Des crachements de sang qui se lièrent à l'état de la menstruation et alternèrent avec les hémorrhagies utérines, firent naître l'idée d'une *affection tuberculeuse du poulmon*.

La malade vint nous trouver dans le mois de juin 1850. Nous savions qu'elle était vierge. Cette circonstance ne nous empêcha pas de nous enquéir, au moyen d'un examen convenable, de l'état de la matrice. Nous trouvâmes une *déviatiou de l'utérus en arrière*, compliquée d'une *double flexion*.

A la suite d'un traitement d'un mois et quatre jours, nous obtinmes une *amélioration* qui persista malgré les fatigues d'un voyage de plusieurs mois.

Lorsque la malade vint nous trouver à la suite de ce voyage, elle ne conservait de son ancienne affection d'autres traces qu'une dysménorrhée légère et une tendance peu marquée de l'utérus à s'incliner en arrière. Une nouvelle application de l'instrument redresseur suffit pour compléter la *guérison* qui s'est maintenue jusqu'à ce jour et paraît devoir être définitive.

OBSERVATION XLII. (*Hildebrandt*).

Nombreux symptômes fonctionnels ; dysménorrhée ; ménorrhagies ;
rétroversiflexion.

L'auteur après avoir rappelé l'observation d'une malade ayant une rétroflexion accentuée sans symptômes fonctionnels, donne la suivante où beaucoup de troubles fonctionnels correspondent à peu de signes physiques.

La malade naquit d'une famille où les soins du corps étaient observés avec une sollicitude égale à celle qu'on mettrait à la bonne éducation de l'esprit. Elle se maria à 22 ans avec un homme âgé dont les qualités morales dépassaient de beaucoup les forces physiques. Elle resta sans enfants des mois et même des années avant de renoncer à devenir mère. Peu de temps après le mariage, elle s'aperçut d'irrégularités menstruelles qui, d'abord, accrurent son espoir de grossesse, parce que le flux était moins abondant et plus rare; mais il s'y ajouta ensuite des douleurs dans le bas ventre *durant la menstruation* et des écoulements muqueux liquides après. L'écoulement menstruel était accompagné non seulement d'un sentiment de faiblesse et d'un malaise qui existaient depuis le mariage, mais encore de douleurs dans les régions dorsale et intercostale droite, migraines, anorexie, nausées et vomissements; et la digestion, régulière avant, devint très lente, ne fournissant pas une nutrition normale à l'organisme. La malade disait encore qu'en avançant en âge, la menstruation était devenue *très abondante* et s'accompagnait de coliques, qu'elle était obligée de garder le lit; que plusieurs cures faites à Ems et à Fransensbad n'avaient produit aucune amélioration durable. Jeune encore, la pauvre femme était un véritable cas pathologique; pâle, maigre, irritable; atteinte de migraines, de crampes d'estomac, d'une sensibilité extrême aux vertèbres sacrées et dorsales, incapable d'une occupation de l'esprit un peu assidue ne pouvant se tenir debout une demi-heure parce que la faiblesse et le vacillement des jambes ne le lui permettaient pas. Même dans les jours relativement les meilleurs, quand la menstruation excessive qui la retenait au lit avait cessé, la malade n'avait pas la force de s'occuper des moindres soins domestiques. En présence d'une telle série

de symptômes graves, de souffrances si fortes, dans une maladie durant depuis tant d'années, empirant sans cesse, vous auriez supposé l'existence de graves altérations organiques de l'utérus et de ses annexes, comme dans le cas précédent. Eh bien ! l'exploration révéla un utérus de tissu et de dimension absolument normaux, une légère rétroversion, avec courbure à angle droit de la paroi postérieure, point de catarrhe, aucune ulcération, aucune trace de paramétrite ou de périmétrite, l'utérus était mobile. Cette absence de rapports entre les symptômes et ce qu'on trouve à l'exploration arrive souvent en gynécologie.

OBSERVATION XLIII.

Rétroflexion de l'utérus vierge chez une jeune fille de 14 ans ;
Symptômes aigus (*Courrier Médical*, 1877, p. 302)

E. M..., âgée de 14 ans, d'une délicate constitution; vient se présenter au docteur Holland. Elle est au début de la puberté. Ses dernières règles ont été *extrêmement abondantes* et se sont accompagnées de vomissements. Actuellement elle présente des symptômes qui peuvent faire penser aux débuts d'une fièvre typhoïde. La fièvre est intense; la langue sèche et jaunâtre. Céphalalgie frontale, ventre douloureux. Mais ces douleurs ont un caractère particulier; ce sont en quelque sorte des crampes qui cessent et reparaissent avec des paroxysmes plus ou moins fréquents. Elles siègent surtout dans le bassin. La miction s'accompagne d'une sensation de coupure, (cutting micturition).

On prescrit inutilement des fomentations tièdes avec la décoction de tête de pavot et de l'opium à l'intérieur. Les souffrances continuent. C'est alors que la mère de l'enfant fait remarquer au docteur Holland que les douleurs de sa fille sont tout à fait semblables aux douleurs de l'enfantement. Elles ont la même intermittence et provoquent les mêmes cris.

Le doigt introduit dans le vagin rencontra en effet le fond de l'utérus *en rétroflexion*, formant une saillie chaude et horriblement douloureuse. L'utérus fut redressé à l'aide de la sonde utérine et immédiatement tous les symptômes disparu-

rèrent. Le lendemain la pauvre jeune fille était dans un état de parfaite santé.

Les faits de cette nature sont sans doute d'une extrême rareté. Cependant, fait remarquer l'auteur, ils doivent souvent passer inaperçus, car l'on ne songe guère à pratiquer le toucher vaginal chez une jeune fille vierge, bien réglée, et qui présente les signes d'une fièvre typhoïde au début.

J. — Rétrodéviation primitive silencieuse.

OBSERVATION XLIV. (Vaille).

Rétroversion congénitale, silencieuse pendant la vie, constatée à l'autopsie

M. V..., 16 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Nélaton; le 20 décembre 1905, pour tumeur blanche du genou droit. Elle est soignée pendant cinq mois et examinée au point de vue génital. On constate une rétroversion qui ne provoque *aucun trouble fonctionnel, pas même du côté des fonctions menstruelles* qui sont normales.

A l'autopsie, cinq mois après, on a la confirmation du diagnostic; l'utérus est petit, le *col plus allongé qu'à l'état normal*; le corps utérin tombe en arrière dans le cul-de-sac de Douglas; il est mobile, sans adhérences. Les annexes sont saines. La muqueuse utérine ne présente aucune altération apparente.

OBSERVATION XLV. (Frémineau).

Rétroflexion silencieuse : examen pour aménorrhée ; électrothérapie.

La nommée Alice R..., d'un tempérament lymphatique nerveux. A l'âge de *dix ans et demi, elle fut réglée; six mois* après son père devint fou. Témoin de cette scène dans

un moment où elle avait ses règles, la jeune fille fut atteinte d'une *suppression complète qui se prolongea jusqu'à l'âge de 28 ans*; suppression à laquelle succédèrent des *attaques d'hystéro-épilepsie*, dont les accès dans les derniers temps se répétaient presque toutes les demi-heures. Toute médication ayant échoué, nous examinâmes l'utérus; il était petit; le col *assez long* présentait un léger prolongement de la lèvre antérieure et une *rétroflexion du col sur le corps*. En août 1856 ma malade fut soumise au traitement antispasmodique sous toutes les formes; point d'amélioration. En septembre nous eumes l'idée d'appliquer l'*électricité* aux organes génitaux, dans le but de ramener les règles et d'agir sur l'hystéro-épilepsie. Nous fîmes d'abord l'application de notre procédé pour le redressement des flexions utérines; après quatre séances la *rétroflexion* avait disparu. Nous continuâmes les douches électriques; vers le 20 décembre les règles apparurent; pendant le mois de janvier, il n'y eut plus d'attaque; vers le 16 les règles apparurent de nouveau. A cette époque la malade cessa tous soins.

OBSERVATION XLVI. (*Burrage* dans thèse *Le Lorier*).

Rétroversion silencieuse coïncidant avec une aménorrhée absolue.

E. H..., 26 ans; la mère et un frère morts de tuberculose; le père et un frère rhumatisants; une sœur de 22 ans a des règles pénibles et des seins peu développés. La malade a eu la varioloïde dans l'enfance et une scarlatine à huit ans. Etat général bon; développement physique moyen; développement mammaire faible.

Organes génitaux externes normaux; vagin normal; *utérus petit en rétroversion*; cavité utérine; 5 centimètres. Mariée depuis 4 ans; coït normal; Aménorrhée absolue.

OBSERVATION XLVII. (*Hildebrandt*).

Grossesse nerveuse : Rétroversion.

Au mois de janvier passé, je fus appelé près d'une dame *chlorotique*, mariée depuis un an à un négociant, pour déterminer

le terme de sa première grossesse, parce que son époux qui devait s'éloigner pour quelque temps aurait voulu être de retour avant les couches de sa femme; la jeune femme l'avait vu avec un plaisir infini l'augmentation de volume du corps, du ventre et des seins, peu après le mariage, et accueillait avec satisfaction les félicitations de ses amies moins heureuses. Tous les préparatifs pour les couches avaient été faits avec beaucoup de soins; la mère était venue de très loin. La sage-femme et la nourrice étaient arrêtées pour le terme probable et la layette était déposée en bel ordre dans un magnifique berceau.

L'exploration révéla une énorme *tuméfaction tympanique* dans l'abdomen, un utérus normal plutôt petit que gros et mince, avec un orifice étroit, *un peu rétrofléchi et très rétroversé*.

K. — Résultats de l'opothérapie ovarienne

OBSERVATION XLVIII. (Gilbert).

Dysménorrhée et ménorrhagie augmentée par le mariage; rétroflexion avec prolapsus de l'ovaire gauche; opothérapie ovarienne; guérison de la dysménorrhée et de la ménorrhagie; *grossesse*.

H. L..., 19 ans; réglée à 13 ans; règles régulières, *très abondantes*, durant 8 jours, *douloureuses*. Pas d'accouchement ni de fausse-couche. Souffre dans le ventre, surtout *depuis son mariage* il y a deux ans et davantage depuis deux mois. Appétit bon, constipation opiniâtre, langue sale. Sommeil bon. Amaigrissement depuis deux mois. Migraine tous les jours.

Examen physique. — Col normal, *corps fléchi sur le col*; utérus *en rétroposition*. Dans le cul-de-sac latéral droit, près du cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur grosse comme une noisette, assez douloureuse, mobile; et qui paraît être l'*ovaire prolapsé*.

A droite, c'est à grand peine que l'on sent les annexes.

En somme la malade se plaint surtout de ses migraines quotidiennes, de ses ménorrhagies, de ses douleurs de ventre.

9 mai 1896. — Elle prend quotidiennement un bol de 20 grammes d'ovaires de génisse crus. Pas d'autre traitement.

21 mai. — L'appétit, déjà bon cependant, était augmenté; les migraines avaient disparu presque complètement, les douleurs étaient moindres. Les règles paraissent le 22 mai; elles sont déterminées le 25. Elles sont aussi abondantes que d'habitude, ne sont pas douloureuses et, pour la première fois de la vie de la malade ne durent que trois jours.

9 juin. — Depuis la cessation du traitement, la malade se trouve moins bien et demande à le reprendre. Les règles ont apparû le 20, et ont été très abondantes et douloureuses pendant 4 jours. Un cachet de 0 gr. 125 d'ovarine par jour est prescrit à la malade.

23 juillet. — Les règles ont paru le 20 juillet et ont duré seulement deux jours et demi; elles n'ont pas été douloureuses. L'état général est bon, mais les douleurs de ventre ne disparaissent pas.

Juillet 1897. — J'ai continué à avoir des nouvelles de cette malade qui est actuellement enceinte, elle est restée en excellent état.

L. — Influence du mariage

a) — Dyspareunie

OBSERVATION XLIX. (Personnelle).

Dysménorrhée et ménorrhagie dès la puberté. — *Rétrécissement mitral*
— *Dyspareunie, Stérilité, Rétroversion*; bièveté du vagin.

Yvonne E..., 25 ans, entre le 6 novembre 1909; à l'hôpital Necker, salle Trousseau, pour palpitations; douleurs précordiales dues à un *rétrécissement mitral*. C'est une malade petite, à thorax étroit, d'aspect très délicat. Rien de spécial dans les antécédents héréditaires. Pas de maladies antérieures; jamais

de rhumatisme; jamais de grossesse depuis son mariage (5 ans).

Réglée à 11 ans; dès le début, *règles abondantes et surtout persistantes* durant de 10 à quinze jours; écoulement copieux au commencement de la période menstruelle, puis simple, suintement, mais assez marqué pour nécessiter une garniture; même une fois la perte sanguine se prolongea trois mois sans arrêt. En même temps, *douleurs* apparaissant un ou deux jours avant la période menstruelle, siégeant « dans les reins », sans irradiations; persistant le premier jour des règles et s'atténuant dans la suite. Les règles sont régulières et reviennent à date attendue. Dans l'intervalle, *un peu de leucorrhée*.

Cet état persiste jusqu'au mariage. Dès le début du mariage *les rapports sont douloureux*; la malade sent « comme si ça la poussait » et en souffre; « elle en est même préoccupée, dit-elle, pendant toute la durée de l'acte conjugal ». — Les premières règles qui suivent le mariage sont *très abondantes*, puis diminuent ultérieurement. Deux ans après son mariage, la malade est obligée de s'aliter pour douleurs dans le ventre; reste trois mois au lit; est soignée au moyen de tampons et d'injections de permanganate de potasse à ce moment la malade perdait plus abondamment en blanc, mais pas de coloration jaune-verdâtre; pas de douleurs vaginales, ni à la miction. Au bout de trois mois, les douleurs spontanées ont disparu; elles reparaissent au moment des rapports. La malade cesse de se soigner localement.

A l'examen, *vagin court*; le doigt tombe d'emblée sur le *col* proéminent et situé dans la direction de l'axe du vagin; il est long, taillé en bec de flûte, à lèvre antérieure plus longue et plus pointue que la postérieure; les culs-de-sac latéraux sont souples; dans le cul-de-sac postérieur, on sent le fond de l'utérus dévié en arrière et un peu à gauche; l'utérus est petit et légèrement douloureux à la pression; il est aisément mobilisable en totalité; mais quand on veut, ramener le corps en avant, le col bascule en arrière; dès que le doigt abandonne la face postérieure de l'utérus, celui-ci reprend sa position première.

OBSERVATION L. (*Pichevin*).

Rétrodéviatiou : Dyspareunie au début du mariage.

Jeune femme mariée seulement depuis trois mois; immédiatement après les premiers rapports, elle a eu une perte de sang assez abondante sans être inquiétante, l'hémorrhagie s'est arrêtée spontanément. Mais les *douleurs au moment des rapports* ont persisté; la jeune femme se plaignait au moment de l'introduction du pénis et quand l'organe copulateur *atteignait le fond du vagin*. A part ces quelques douleurs, l'état général était excellent et il n'y avait pas d'écoulement en blanc.

Il fut facile de constater qu'il n'y avait pas trace de blennorrhagie ni chez la jeune femme, ni chez le mari; la nouvelle mariée n'avait pas d'envies fréquentes d'uriner; elle ne souffrait nullement en urinant; elle n'avait pas de fleurs blanches et son linge n'était nullement taché. Elle avait eu une suppression de règles.

En examinant la vulve, je constatai que l'hymen déchiré n'était pas encore cicatrisé, lésion qui expliquait la douleur que la jeune femme ressentait lors de l'introduction du pénis.

Le vagin était sain et ne présentait aucun dépoli, mais *le doigt explorateur tombait sur l'orifice externe et immédiatement* cette jeune femme, du reste nerveuse, ressentait une *assez vive douleur* (ce qui explique la souffrance que la malade éprouvait quand l'organe copulateur atteignait le fond du vagin).

Le *col était sain*, ni rouge, ni déchiré, ni enflammé. L'utérus était en rétrodéviatiou complète; dans ce cas on sentait très bien la crête utérine médiane postérieure. Il y avait une rétroversion marquée. Les annexes étaient saines. L'utérus était mobile.

L'indication de redresser l'utérus était ici d'autant plus pressante que la jeune femme présentait quelques indices de grossesse.

OBSERVATION LI. (Vallin).

De JAMES B HUNTER, traduite et extraite de *the méd. Times*
Philadelphia, 3 mai 1884, xiv, 1883-1884.

Douleurs et ménorrhagies depuis le mariage ; dyspareunie extrême ;
rétroflexion.

Cette femme est âgée de 20 ans,; *elle est mariée depuis 10 mois et depuis ces 10 mois elle se lamente*. Elle est menstruée régulièrement et sans douleur. Avant son mariage la durée de l'écoulement était de 4 jours; depuis son mariage elle est de 6 jours, et l'écoulement *fort abondant*. La patiente souffre aussi de *douleur* dans le côté gauche.

Elle vient ici, parce qu'elle a presque constamment de la douleur dans le côté gauche, dans le bas ventre, surtout lorsqu'elle se penche; elle est, dit-elle, *désireuse d'avoir des enfants* et ne peut s'expliquer pourquoi elle n'en a pas encore; son mari est en bonne santé et vigoureux.

Cette observation est très intéressante parce que la femme n'accuse pas les symptômes qui correspondent à la lésion qu'on trouve à l'examen. Le doigt introduit dans le vagin arrive en contact en arrière avec une tumeur qui peut être ou un utérus en rétroversion ou un corps fibreux, ou un ovaire en prolapsus. Si c'était un degré accentué de rétroversion, la malade aurait de la dysménorrhée et elle ne s'en plaint pas. S'il s'agissait d'un corps fibreux il y aurait bien d'autres symptômes que ceux qu'accuse la patiente. On pourrait songer de suite à une simple constipation, mais il n'y a aucun trouble du côté du rectum; elle va librement à la selle tous les jours. Le diagnostic ne peut être fait d'une façon positive que par l'introduction de la sonde. On trouve que la sonde se dirige en arrière et à droite, ce qui prouve que la masse trouvée dans cette région est le fond de l'utérus. L'organe est sensible au passage de la sonde; mais la malade attend ses règles dans un jour ou deux et il peut exister plus de congestion et de sensibilité que d'ordinaire. J'incline également à penser qu'il y a prolapsus de l'ovaire en arrière et à droite. L'utérus, se trouvant en *rétroflexion* est plus volumineux et plus congestionné à l'époque des règles qu'il le serait s'il se trouvait dans sa position normale. La malade m'apprend un fait de son histoire, qu'elle m'avait caché: *les rapports sexuels sont excessivement douloureux*. Il exis-

te un point sensible à la pression et ce point correspond à ce que j'avais pris pour l'ovaire en prolapsus.

OBSERVATION LII. (*Griziatti*).

Rétroflexion ; brièveté congénitale du vagin, hypertrophie du col, dyspareunie.

P. C..., 20 ans, réglée à 16 ans, périodes menstruelles irrégulières. A 17 ans, fut atteinte d'une péritonite tuberculeuse dont elle guérit assez bien ; se marie la même année. Les *rapports sexuels douloureux* la firent entrer à la clinique gynécologique de Parme ; on posa le diagnostic d'hypertrophie longitudinale du col utérin avec rétroversoflexion adhérente ; elle souffrait aussi d'une légère *leucorrhée* et d'une *sensation de tension et de poids à la région sacro-lombaire*. On trouve que les deux tiers du vagin sont occupés par le col utérin dont la lèvre antérieure a une longueur de 3 centimètres, la postérieure de 6 centimètres et demi ; hystéromètre 11 centimètres, Douglas tendu et rigide ; pas de lésions des annexes. Le traitement résolutif n'ayant pas réussi, on procède à l'amputation du col (Schroeder). Des fragments furent durcis dans l'alcool.

Epithélium en dégénérescence marquée spécialement dans les couches les plus superficielles : tissu conjonctif très dense ; glandes peu nombreuses, vaisseaux sanguins hypertrophiés et fibres musculaires hyperplastiques. Il n'y a pas néanmoins les véritables caractères d'un processus inflammatoire et de métrite.

b) **Influence du mariage sur les troubles existant avant lui.**

OBSERVATION LIII. (communiquée par le *Deroze*).

Dysménorrhée après la puberté ; dyspareunie, ménorrhagie, peu après le mariage ; rétroflexion avec prolapsus de l'ovaire gauche ; brièveté du vagin, Guérison de la poussée de congestion aiguë par le repos. — Récidive évitée par les précautions prises pendant les rapports sexuels.

E. H..., 32 ans, née le 8 septembre 1877 : Rien de spécial à noter dans les antécédents héréditaires. N'a jamais eu que

des angines inflammatoires fréquentes. Régliée à 14 ans sans douleur; *dysménorrhée* depuis plusieurs années; coliques utérines un jour avant l'apparition des époques et cessation des douleurs lors de l'écoulement sanguin. Epoques très régulières ou avec un ou deux jours d'avance. *Mariage* le 24 mai 1909.

Dès le début, *dyspareunie* assez prononcée. En juin, juillet, août, les règles sont normales, mais ont une tendance à avancer peu en même temps qu'elles sont *plus abondantes*; le 22 septembre *ménorrhagie* très copieuse. La *dysménorrhée* qui avait été *en croissant* jusqu'à ce moment est à son maximum et force la malade pour la première fois à garder le lit; d'ailleurs les douleurs ne cessent pas cette fois avec la période menstruelle; elles *persistent* sourdes et continues dans la région sacrée, avec des paroxysmes survenant à tout moment sous la moindre influence. Le 14 octobre les règles reparaissent abondamment. Le 20 octobre je suis appelé et je trouve la malade immobilisée dans son lit, accusant des douleurs très vives dans la région inférieure de l'abdomen, envahissant le côté gauche et retentissant violemment dans la cuisse gauche. Le ventre est très peu ballonné; pas de péritonisme, pas de vomissements.

Au toucher, le col qui ne donne pas l'impression d'être très allongé, se présente *très près de l'entrée de la vulve* et dans l'axe du vagin. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve le corps utérin, volumineux, tendu, extrêmement sensible; à gauche de cette grosse masse, on en sent une plus petite, également très sensible à la palpation et la douleur extrême que produit l'examen ne permet pas de rechercher d'une façon précise l'état de mobilité, ni les connexions réciproques de ces deux masses. Traitement sédatif; repos absolu au lit. L'écoulement sanguin continue jusqu'au 24 octobre. Au bout d'une huitaine de jours, les douleurs ont cessé, l'utérus se décongestionne vite, il reprend peu à peu sa mobilité. La malade se lève après six semaines de séjour au lit.

On donne au mari, grand et vigoureux tandis que sa femme est petite et délicate, les conseils et les explications nécessaires pour éviter de traumatiser par trop l'utérus au moment des rapports conjugaux; et à la malade la recommandation de rester quelque temps au lit pendant la durée de la période menstruelle. Depuis ce moment les époques sont régulières, moins douloureuses qu'auparavant. La constipation, qui avait été très marquée pendant le séjour au lit, a disparu et la santé est florissante.

Le mari, examiné, n'avait pas trace de blennorrhagie et nie

d'ailleurs en avoir jamais eue; du reste la prompte disparition des troubles utérins sans traitement local prouve bien qu'il n'y avait qu'une poussée de congestion aiguë, peut-être avec en plus une légère infection banale.

OBSERVATION LIV. (*personnelle*).

Dyspareunie légère; douleurs et ménorrhagie après excès génitaux; brièveté du vagin. — Rétroversion flexion.

C. W..., couturière, âgée de 26 ans, entrée le 5 mars 1910, salle Bichat.

Antécédents héréditaires. — Père mort de rhumatisme à 32 ans. Mère bien portante. Une sœur, mal portante, sans enfants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie sérieuse; ni grossesse, ni fausse-couche, ni blennorrhagie.

Réglée à douze ans, sans douleur, Jusqu'à l'accident qui l'amena à l'hôpital, la malade s'était bien portée et n'avait rien présenté de particulier du côté de son appareil génital. Elle avait peu de pertes blanches. Les règles revenaient à intervalles réguliers, sans avance ni retard; pourtant leur durée était *un peu plus longue que normalement*; abondantes pendant les trois ou quatre premiers jours, elles persistaient pendant cinq ou six jours, si bien que la malade compte, depuis l'instauration de ses règles, une durée totale de huit jours de persistance de l'écoulement sanguin.

Il est cependant un point plus particulier et qu'a remarqué la malade; elle dit, qu'*au moment des rapports sexuels*, « elle se sent comme trop courte, elle trouve que ça la pousse » et quand il y avait eu quelques excès, elle restait pendant un certain temps à éprouver une sorte d'endolorissement dans la région lombaire.

La malade, dont les règles étaient apparues le 18 décembre 1909 à l'époque attendue, venait de rejoindre son ami dont elle était séparée depuis quelque temps; elle eut des rapports assez fréquents pendant la durée même de ses règles, et il persista jusqu'au 1^{er} janvier un suintement suffisamment abondant pour obliger la malade à se garnir.

Le 17 janvier 1910, apparaissent des *douleurs* occupant

le bas-ventre, les reins, irradiant dans le haut des cuisses, douleurs qui avaient le caractère d'un engourdissement permanent, avec des exacerbations, des crises passagères de courte durée, mais suffisamment répétées pour obliger la malade à garder le lit.

Le 19, le mercredi, surviennent les règles qui durent jusqu'au samedi; les *douleurs persistent*, avec des coliques très fortes; « la malade ne sait où se mettre, quelle position garder; le poids des draps lui fait mal ». Les pertes sont moyennes comme abondance; une serviette suffit pour la journée.

Du samedi 22 au mardi 25 l'abondance augmente; le sang traverse tout; dit la malade; les crises douloureuses diminuent de fréquence, et, dans leur intervalle, la malade se sent soulagée. Comme traitement, on se borne à essayer d'atténuer les douleurs par des compresses laudanisée placées sur le ventre.

A partir du mardi, l'hémorrhagie diminue beaucoup d'intensité; il ne persiste qu'un suintement, mais ce suintement est continu, et la malade se décide à entrer à l'hôpital le 5 mars. Dès son entrée on la met au repos absolu au lit; les douleurs diminuent et disparaissent assez rapidement, mais le suintement sanguin persiste jusqu'au 22 mars.

Examen le 25 mars. — La malade a une taille moyenne, est normalement conformée; les seins sont bien développés. Rien de spécial du côté des organes génitaux externes.

Au toucher, on tombe sur *le col qui est très long* et dont l'orifice externe n'est qu'à trois centimètres à peine de la vulve; le doigt, appuyant sur la paroi postérieure du col, réveille une douleur assez prononcée. Les culs-de-sac vaginaux sont souples, mais peu profonds, et le doigt arrive facilement au fond du cul-de-sac postérieur qui n'est guère qu'à dix centimètres de la vulve.

L'utérus est normal comme dimensions; le fond, qui se sent dans le cul-de-sac de Douglas, est douloureux à la pression du doigt; la sensation éprouvée par la malade est la même que celle qu'elle ressent quand on appuie sur le col. Entre le fond de l'utérus et le col, le doigt pénètre facilement dans un angle assez large, il y a rétroflexion, mais cette rétroflexion n'est pas très accentuée..

Toutefois, quand on tente de repousser en avant le fond de l'utérus, manœuvre facile en raison du peu de profondeur du vagin et de la souplesse des culs-de-sac, on sent que l'utérus

se mobilise en totalité; le col bascule encore plus en arrière, mais l'angle de flexion reste le même.

Les culs-de-sac, faciles à explorer, sont très souples; on ne trouve rien dans le cul-de-sac gauche; du côté droit on sent nettement une petite masse arrondie, très mobile, non douloureuse, qui doit être formée par les *annexes prolabées*.

Au spéculum, le col apparaît plutôt gros; son sommet, arrondi, présente un orifice externe en forme de fente transversale limitée par des bords réguliers, et recouverte d'une petite glaire transparente sanguinolente; il n'y a pas trace d'ulcération sur le col.

OBSERVATION LV. (*Couingt*)).

Rétrodéviation: dysménorrhée, leucorrhée; après le mariage ménorrhagies, douleurs progressives et permanentes, prolapsus des annexes, stérilité.

Marie R..., 26 ans; réglée à 15 ans régulièrement; les règles duraient 5 à 6 jours; étaient accompagnées de *coliques* et quelquefois de caillots. Dans l'intervalle des règles, *pertes blanches*.

La malade *se marie* à 18 ans; mais le mariage n'apporte aucune modification dans l'état de sa santé; pas de grossesse. A 19 ans, les douleurs dans le bas-ventre et les côtés augmentèrent et s'accompagnèrent de *pertes rouges* assez abondantes. Depuis ce moment, *les douleurs vont toujours en augmentant*; elles irradient dans les lombes et les cuisses et sont d'une telle intensité qu'elles *provoquent parfois des vomissements*. C'est devant la persistance de ces phénomènes que la malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen, le toucher vaginal permet de constater le col de l'utérus en avant, mais il ne présente rien d'anormal. Le corps est dans le cul-de-sac postérieur; il est augmenté de volume. Les annexes des deux côtés sont douloureuses mais ont conservé leur volume normal. L'hystérométrie donne 8 cm, 5.

OBSERVATION LVI. (*Boureau*).

Rétraversoflexion, dysménorrhée et douleurs permanentes à partir du mariage ; et Alexander ; persistance des douleurs par suite de prolapsus de l'ovaire droit ; guérison progressive en rapport avec la disparition du prolapsus des annexes.

Mme Simon, 18 ans. Mariée le 7 septembre 1885, a commencé à souffrir vers le mois de décembre. Cystocèle légère. Rétroversion et rétroflexion ; utérus mobile ; col sain. Le 8 nov. opération d'Alexander ; le 8 décembre résultat opératoire excellent ; il reste un peu de catarrhe utérin. Le 10 décembre, dilatation à la laminaire, curage, écouvillonnage ; l'utérus est en rétroflexion. Le 28 décembre : règles du 19 au 24 douloureuses comme avant l'opération ; *douleurs dans le rectum ; station assise difficile*, constipation. Le 9 janvier : utérus en bonne position ; *ovaire droit prolapsé* ; pas de leucorrhée ; quelques douleurs dans le ventre. Le 16 janvier, *l'ovaire droit est moins accessible et semble se libérer peu à peu* ; la malade va bien.

OBSERVATION LVII. (*Jonnesco*).

Rétroflexion ; dysménorrhée à partir du mariage, ayant nécessité un traitement chirurgical.

V. P..., 26 ans, entre à l'hôpital Coltzea le 19 janvier 1897 :

La mère de la malade se trouve actuellement dans le service, présentant des troubles du côté des organes génito-urinaires. Le père est bien portant ; 8 frères, tous bien portants.

A l'âge de dix ans, fièvre palustre ; réglée à 14 ans, régulièrement et sans douleurs jusqu'à son mariage ; à 17 ans elle s'est mariée ; immédiatement après les premiers mois, survinrent des douleurs vives à l'hypogastre, *douleurs qui revenaient à chaque menstruation*. Depuis ce temps jusqu'à maintenant, la malade me dit qu'après chaque menstrue elle avait des *perles blanches abondantes*. Elle a pris divers médicaments à l'in-

térieur et des injections vaginales, mais les douleurs n'ont pas disparu.

La malade est de constitution forte; les systèmes osseux et musculaires sont bien développés; elle ne présente rien du côté de l'appareil respiratoire, ni circulatoire.

Le *col utérin*, long et dur, regarde en haut, présente un orifice circulaire; le cul-de-sac antérieur est libre; mais le postérieur présente une tumeur qui n'est autre chose que le *corps de l'utérus retourné en arrière* et fixé sur le col; le corps utérin est dur, mobile et non douloureux. *Rien du côté des annexes.*

Le 20 janvier laparotomie médiane; on trouve le corps de l'utérus en rétroflexion très prononcée; on fait la cunéo-hystérectomie antérieure combinée avec le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds et la plicature des ligaments larges.

Le 6 février la malade est parfaitement guérie, ayant le corps utérin en antéflexion presque normale.

OBSERVATION LVIII. (*Boursier*).

Rétroflexion ; dysménorrhée dès la puberté ; depuis le mariage, douleurs permanentes ; stérilité.

Mme J..., 33 ans, blanchisseuse. Premières règles à 16 ans, régulières et *abondantes*, mais *toujours très douloureuses*.

Elle s'est mariée à l'âge de 20 ans, et depuis cette époque elle a des douleurs dans le bas-ventre, dans les flancs et dans les reins, douleurs qui sont exagérées par la fatigue et deviennent plus vives au moment des règles. La malade a toujours des pertes blanches très abondantes; la constipation est son état habituel; elle est assez nerveuse.

Lorsqu'elle est venue pour la première fois à la consultation du professeur Boursier, en septembre 1899, l'examen a révélé un ventre très souple, sensible au niveau de l'utérus qui est en *rétroflexion*. Le col est situé à droite; il est *petit, virginal, un peu conique* et le crayon n'entre pas dans la cavité cervicale. Il existe un léger degré de *sténose* de l'orifice externe et dès ce moment on commence la dilatation. Suit l'histoire d'une longue

série d'essais de dilatation suivis de tentatives infructueuses de passage, et cela à plusieurs reprises.

OBSERVATION LIX. (*Kummer*).

Dysménorrhée ; ménorrhagies et métrorrhagies légères *depuis le mariage* ;
rétroflexion prononcée ; Alexander ; guérison.

Femme mariée de 28 ans.

Antécédents. — La malade a été réglée à l'âge de 14 ans 1/2; menstruation irrégulière, intermittente, mais depuis l'âge de 18 ans, toutes les quatre semaines, durant de deux à trois jours, faible, avec douleurs abdominales. Pertes blanches entre les règles. Mariée à 25 ans; pas d'enfants, ni de fausses couches; les règles, *abondantes depuis le mariage*, durent quatre à cinq jours, elles s'accompagnent de *douleurs abdominales*; *perte de sang* durant un à deux jours au milieu de l'espace entre deux périodes; *constipation*; miction normale, maux de tête fréquents.

La malade se sent toujours délicate malgré une habitation saine et une bonne nourriture.

Etat du 19 mai 1892. — La malade maigre et pâle est de très petite stature, a l'air souffrant; organes internes intacts; urines normales.

L'inspection et la palpation de l'abdomen ne révèlent rien d'anormal. Au toucher vaginal, on constate les signes d'une *rétroflexion prononcée* de la matrice, dont le corps agrandi est de consistance normale, de surface lisse, régulière; le *col est conique*, petit, l'orifice externe du col se présente sous forme d'une petite fossette régulière. Rien d'anormal dans les annexes. Diagnostic : *rétroflexion de la matrice, métrite chronique*.

La *rétroflexion de la matrice* pouvant expliquer la majorité des symptômes dont se plaint la malade, il est indiqué de corriger la déviation utérine. Les tentatives faites antérieurement pour remettre la matrice en place par un pessaire ayant échoué, nous proposons à la malade le raccourcissement des ligaments ronds.

Opération le 20 mai 1892, simple. La malade garde le lit pendant huit jours.

Résultat, juin 1893. — La matrice est à sa place normale; présente une légère antéflexion. La menstruation est beaucoup moins douloureuse qu'autrefois. Les pertes de sang entre les règles n'ont pas continué; pas de pertes blanches, la malade a engraisé et se déclare très satisfaite du traitement.

OBSERVATION LX. (*Couingt*).

Rétrodéviation; ménorrhagies, puis dysménorrhée; après le mariage, persistance des phénomènes douloureux; stérilité.

Marie B..., 32 ans, entre à l'hôpital pour douleurs dans le bas-ventre au moment des règles.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 51 ans d'une pleurésie; père vivant, 70 ans, jouit d'une très bonne santé; une sœur vivante très bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans, les règles durèrent 8 jours, furent très *abondantes*, sans douleur, mais s'accompagnèrent de l'expulsion de quelques caillots. Les règles reviennent régulièrement tous les mois; quelquefois, dans l'intervalle, quelques pertes blanches.

Depuis 4-5 ans, les règles deviennent *douloureuses*; la malade éprouve des douleurs dans le bas-ventre, irradiant dans les lombes et les cuisses. *Mariée depuis un an*, elle n'a jamais été enceinte, et c'est devant la *persistance de ces phénomènes douloureux* qu'elle a décidé d'entrer à l'hôpital. Il n'y a pas cependant d'autres troubles à relever, si ce n'est de la constipation habituelle.

A l'examen, col petit, normal, porté en avant; dans le cul-de-sac postérieur, on sent la saillie du corps de l'utérus qui ne semble pas augmenté de volume, mais qui fait saillie sur la paroi antérieure du rectum. Rétroflexion; l'hystéromètre donne 7 centimètres.

OBSERVATION LXI. (*Abeille*).

Dysménorrhée intense dès la puberté ; ménorrhagies ; mariage sans influence ; stérilité ; rétroflexion prononcée.

Mme Lherm., qui habite Saint-Denis, dans l'arrondissement de Longjumeau, est une fermière âgée de 25 ans; elle est vigoureusement constituée; elle est chatain clair, bien proportionnée dans ses formes. Elle a été réglée à 15 ans; avant, elle éprouvait assez souvent quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche, et ces douleurs se sont accusées davantage au moment de la formation; quand les premières règles sont venues, c'est après des douleurs de reins et de bas-ventre de deux à trois jours de durée; ces règles ont été très *abondantes* pendant quatre à cinq jours et les douleurs ont cessé après leur apparition. Il y a eu ensuite un retard de deux mois. Alors cette jeune fille occupée aux travaux de la campagne est devenue, contre son habitude, triste, inquiète. Il lui est survenu des palpitations, de l'essoufflement; elle a pâli; l'appétit a diminué, les digestions sont devenues pénibles. Elle était prise de temps en temps de céphalalgie et elle était devenue constipée. Le médecin de l'endroit lui fit prendre des pilules de Valette. Au bout de deux mois et demi, les règles reparaissaient pour la deuxième fois précédées encore des mêmes douleurs qui la forcèrent cette fois à garder le lit; le sang coula peu abondamment. A partir de ce moment la menstruation s'est toujours opérée, mais sans cesse en retard et dans les mêmes conditions. Je la vis en juillet 1870.

En 1871, on maria cette jeune fille. Elle m'a été ramenée en 1877, c'est-à-dire après la sixième année révolue du mariage; son mari l'accompagnait; c'est un vigoureux fermier jouissant de l'intégralité de tous ses organes et de toutes ses fonctions.

La jeune femme raconte qu'elle est restée *depuis son mariage ce qu'elle était avant*, c'est-à-dire avec une gêne dans le bas-ventre pour les fatigues, des douleurs dans les reins et le bas-ventre de 24 à 40 heures de durée avant les règles et que l'écculement sanguin se fait ensuite assez bien et en assez grande abondance. Elle a une dyspepsie qui va croissant. Elle dit qu'elle ne peut faire de grandes fatigues sans réveiller

des douleurs dans le bas-ventre et les reins et que ses jambes refusent un long exercice. Elle n'a jamais pu devenir enceinte, malgré son très vif désir d'avoir un enfant.

A l'exploration de l'utérus, je constate une *rétroflexion* ancienne très accusée. Le *museau de tanche en biseau* regarde le pubis derrière lequel il est situé; en arrière le cul-de-sac de Douglas est repoussé par le globe. Suivent les détails de l'opération.

M. — Stérilité

Elle est signalée dans de nombreuses observations; nous rapportons les observations LXIII et LXIV pour montrer que, comme la dysménorrhée, elle est loin d'être liée à la seule rétrodéviatio.

OBSERVATION LXII. (*Boursier*).

Menstruation tardive (19 ans), dysménorrhée légère, stérilité après dix ans de mariage. — Rétroflexion avec col conique et sténose du canal cervical

G. M., 30 ans, vient à la consultation le 14 juin 1902 parce que, *mariée depuis dix ans, elle n'a pas encore d'enfants*. Elle a été *réglée pour la première fois à 19 ans* et toujours de façon régulière mais peu abondante, avec des douleurs dans les reins et des migraines. Dans l'intervalle des règles, pas mal de *pertes blanches*; elle est habituellement *constipée* et ne *souffre qu'au moment des règles*.

L'examen est très facile, la malade bien conformée et bien développée. Le *col est conique*; l'utérus, de volume moyen, en *rétroflexion accusée* et en partie mobile. Le col a un orifice circulaire et assez petit; il y a à son niveau hypersécrétion. L'hystéromètre qui ne pénètre au moment du premier examen qu'à 4 centimètres accuse une sténose surtout marquée au niveau de l'orifice interne.

Le 20 juin, l'hystéromètre donne 6 cm. 5, et le n° 4 d'Hegar franchit les deux orifices alors que le 5 ne traverse que le premier.

OBSERVATION LXIII. (*de Bovis*).

Dysménorrhée. — Stérilité depuis 7 ans. — Rétroflexion.

Jeune femme, mariée depuis sept ans et n'ayant pas eu d'enfants. Comme jeune fille, règles assez douloureuses; comme jeune femme, elles le devinrent un peu moins. En tout cas, depuis le mariage, jamais la moindre perte blanche. Quant au mari, passé irréprochable. La jeune femme vient consulter pour sa stérilité. A l'opération, *utérus rétrofléchi* et maintenu contre le rectum par des adhérences assez résistantes; trompe droite rouge et dont l'orifice paraît peu perméable; *ovaire droit gros et poly-kystique*; à gauche, annexes paraissant atrophiées, et perdues dans des adhérences; trompe formant un léger hydrosalpinx. D'après l'histoire de la malade, il faut admettre que ce processus inflammatoire remontait à sa vie de jeune fille.

OBSERVATION LXIV. (*Dolérís*).

Rétroversion sans symptômes fonctionnels prononcés; *intervention pour stérilité*; atrésie congénitale des deux trompes.

Mme X..., 28 ans, bien développée, Française, habitant les pays chauds. Réglée à 14 ans d'une façon irrégulière, mais sans douleur et sans périodes marquées de réelle aménorrhée; on peut dire que, comme abondance et comme durée (4 jours) aussi bien que comme qualité de sang, les irrégularités si communes dans l'adolescence, n'avaient aucun caractère réellement anormal.

Mariée une première fois en 1903, elle voit sa menstruation prendre une allure tout à fait normale; aucune douleur, Mme X..., reste cependant stérile; jamais d'apparence de conception ni de symptômes d'avortement ovarien précoce.

Devenue veuve à la fin de 1904, elle se remarie. Les conditions

physiologiques habituelles persistent du côté de la menstruation; il y a des douleurs *pelvi-abdominales parfois assez vives*.

La stérilité persistant pendant ce second mariage décide la malade à venir en France; elle me consulte au mois de mars 1906. Je constate par l'examen l'existence d'un *utérus rétroversé*; en lui-même l'organe est bien développé et de dimensions suffisantes; 7 centimètres à l'hystéromètre. Les annexes paraissent légèrement augmentées de volume surtout à gauche et prelabées; à droite l'ovaire, déplacé et déjeté en bas vers le plancher pelvien est assez volumineux; mais il faut dire que les époques sont proches. L'orifice utérin est régulier; le *col présente un certain degré de conicité*.

Pour toutes ces raisons, une opération fut décidée, dans le but de rétablir l'attitude normale de l'utérus et de pratiquer sur les annexes le maximum de traitement conservateur. Le 30 août je pratiquai la laparotomie.

La trompe gauche, siège d'une malformation, d'ailleurs obli-térée par place par des agrégats solides et impropre à subir une restauration utile fut réséquée. Les annexes droites durent l'être également en raison des lésions singulières dont la trompe était le siège.

Suit l'exposé de l'examen des trompes qui présentaient toutes deux à 3 centimètres environ de l'utérus, un rétrécissement plus prononcé à droite même on ne trouvait à ce niveau plus trace du canal tubaire.

N. — La grossesse entraîne les premiers symptômes de la rétrodéviation primitive.

OBSERVATION LXV. (Lefour et Péry).

Rétrodéviation ; ménorrhagies ; grossesse ; rétroflexion partielle de l'utérus
gravide par suite de l'hypertrophie sous-vaginale du col.

Jeune femme de 21 ans, réglée à 10 ans, très régulièrement, mais avec une *abondance et une durée anormales*, car la malade perdait du sang *pendant quinze jours ou trois semai-*

nes tous les mois. Cet écoulement si abondant ne s'accompagnait d'ailleurs d'aucune espèce de douleur, ne semble pas avoir retenti sur l'état général qui a toujours été très bon; il n'y a jamais eu ni pertes blanches ou jaunâtres dans l'intervalle des règles, ni troubles de la miction ou de la défécation.

Il n'y aurait eu qu'un rapport sexuel au dire de la malade le 18 décembre 1907; le 22 mai difficulté d'uriner; le 1^{er} juin on l'examine et on trouve, avec une vessie pleine, l'extrémité inférieure du col fortement augmentée de volume, faisant saillie entre les grandes lèvres. Cathétérisme vésical; réduction de la rétroversion de l'utérus gravide. Suites normales.

OBSERVATION LXVI. (*Vinot*).

Dysménorrhée et ménorrhagies depuis la puberté. — Troubles produits par le développement d'une grossesse. — *Avortement*. — Persistance de la rétroflexion.

La nommée Jeanne C..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Necker, salle Lenoir, le 21 mars 1898.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, mais *très abondamment*. Avant l'apparition des règles, elle *souffre* toujours pendant 4 ou 5 heures mais elle n'est pas obligée de garder le lit.

Pas d'antécédents obstétricaux ni blennorrhagiques.

La malade a ses dernières règles le 4 décembre dernier. Comme elle a eu depuis tous les symptômes habituels de la grossesse, elle se croit *enceinte de près de 3 mois*. Toutefois elle vient à la consultation de gynécologie, non à cause de sa grossesse, mais à cause de douleurs *qu'elle éprouve presque continuellement* dans le bas-ventre.

Ces douleurs ont commencé à la fin de janvier, elles ont été supportables jusqu'à la fin de février; mais depuis une dizaine de jours elles sont devenues intenses et l'empêchent absolument de vaquer à ses occupations.

Àu toucher: le col est mou, son orifice est entrouvert. Le fond de l'utérus n'est pas au-dessus de la symphise. En revanche, on constate dans le cul-de-sac postérieur une saillie arrondie, volumineuse, douloureuse et molle qui est certainement le corps utérin.

La *constipation* est opiniâtre; la malade *urine fréquemment* et difficilement. On essaye, sans y parvenir, de réduire la *rétroflexion*; on se contente alors de surveiller la malade et on prescrit pour calmer ses douleurs qui surviennent par crises, des lavements laudanisés.

Les phénomènes douloureux se calment momentanément. Ils réapparaissent intenses dans la nuit du 22 au 23 mai, et le 23 mai au matin, la malade expulse *un fœtus* d'environ 3 mois. La délivrance ne se fait que le 25 mai. La malade est sortie le 10 avril; nous l'avons revue à la fin de mai. Ses dernières règles ont été précédées de douleurs très fortes.

Au toucher, nous avons constaté que l'utérus était en *rétroflexion prononcée*, mais réductible. On lui a conseillé l'application d'un pessaire de Hodge. Nous ne l'avons pas revue depuis.

0. — Influence de la grossesse sur la rétrodéviation.

a) Guérison

OBSERVATION LXVII. (Pouey).

Dysménorrhée intense, nullement modifiée par le mariage; rétrodéviation réductible; dilatation progressive suivie de *grossesse*; *guérison de la rétrodéviation*.

En 1897, Mme M., vient consulter. Mariée depuis 2 ans, à 32 ans, elle n'a pas d'enfant. C'est une femme maigre, élancée, un peu nerveuse, qui jouit d'une santé satisfaisante *excepté à ses époques menstruelles*; elle souffre alors horriblement, dit-elle; ses douleurs qui commencent une demi-journée avant l'apparition du flux sanguin, l'obligent au *repos au lit* pendant deux jours; elles *n'ont guère été modifiées par le mariage*. Elle a de la *leucorrhée*; elle est fortement *constipée*.

A l'examen, *col allongé*, dur, assez gros, très bas; corps volumineux, sensible, en rétroversion réductible; rien aux annexes.

Pendant 7 mois, deux fois par semaine, dilatation avec les bougies de Hegar; réduction; pansement intra-utérin à la gly-

cérine créosotée. Les règles devinrent bien moins douloureuses, la position de l'utérus meilleure, et je cessai tout pansement. Mme M..., continua à avoir ses *règles régulièrement jusqu'au commencement de mai 1899*. Vers la fin mai, fortes douleurs au bas du ventre, *tranchées* surtout violentes pendant la nuit qui persistent *pendant plus d'un mois et demi*, malgré tous les calmants. Il m'était facile de sentir l'utérus gros, douloureux, rétrodévié, et nullement disposé à la réduction malgré mes tentatives presque quotidiennes, toujours faites en position dorso-lombaire. *Vers la fin du deuxième mois*, les douleurs commencèrent à s'atténuer, mais la malade ne pouvait encore quitter le lit sans voir ses douleurs reparaitre avec la même intensité. Ce ne fut *qu'au 4^e mois que la malade se sentit bien*.

Dès ce moment la grossesse évolua normalement et l'accouchement eut lieu sans encombre le 13 février 1900.

Le 26 janvier 1903, plus de *douleurs menstruelles*; col sain, assez gros, bien différent du col allongé qu'elle avait avant son accouchement; très bas. Antéversion normale.

OBSERVATIONS LXVIII et LXIX. (Brennan).

Dyspareunie pendant les 1^{ers} mois du mariage. — Stérilité de 6 ans ; — rétroversion avec prolapsus de l'ovaire droit. — *Fécondation artificielle*, grossesse, guérison ; 2^e grossesse.

1. — Il s'agit d'une jeune dame protestante, âgée de 25 ans, mariée depuis 6 ans, sans grossesse. Dans sa jeunesse, cette dame se promenait beaucoup à cheval, et, l'année avant son mariage, elle avait souffert de constipation, de *dysménorrhée*, etc. sans toutefois en avoir fait part à personne.

Mariée, elle a souffert, pendant quelques mois, de *douleurs pendant le coït* ou survenant le matin, après le lever, lorsque lorsque le coït avait été pratiqué même le soir. Ces douleurs duraient quelques heures; une selle les soulageait souvent, et alors la malade éprouvait le besoin d'aller à la garde-robe le matin. Depuis, elle a toujours eu plus ou moins de douleurs, de pesanteur dans le bas-ventre, etc. Elle s'était mise, sous les soins de plus d'un médecin et avait été traitée, comme elle le dit, elle-même, pour mal de matrice, ayant même porté un pessaire pendant

plusieurs mois. Le traitement subséquent n'ayant pas été surveillé, la malade fut forcée d'enlever elle-même ce pessaire.

Quand je la vis pour la première fois, elle me consulta au sujet des douleurs qu'elle éprouvait, en me demandant aussi *pourquoi elle n'avait pas d'enfants*.

Un examen minutieux révéla l'état suivant : *rétroversion* au second degré avec légères adhérences sacrées et *prolapsus de l'ovaire droit*; aucune inflammation péri-utérine apparente; pas de sténose du col, ni d'endocervicite, ni d'endométrite; col un peu congestionné passivement.

J'explique à la malade la cause qui chez elle peut entraîner la stérilité. Elle me demande s'il existe un moyen certain grâce auquel elle pourrait avoir des enfants. Je lui explique alors les moyens ordinaires du traitement de sa maladie et énumère les chances de succès. Fatiguée de ces traitements, elle n'en veut plus. Je lui propose alors la *fécondation artificielle* comme mesure ultime, ayant soin cependant de bien établir que je ne me tiens en aucune façon responsable des désagréments ou accidents qui pourraient survenir par suite de l'emploi de ce traitement. A ce, elle et son mari consentent, tous deux voulant avoir à tout prix un héritier. M'étant déclaré prêt à faire l'opération, je demande à faire un examen du sperme du mari. Je trouve les spermatozoïdes de Monsieur aussi vigoureux que possible et ne demandant qu'un bon parti pour fabriquer un petit écossais. Tout étant donc propice, je procède à féconder artificiellement Madame le 16 mai 1890, à 7 heures du matin. Je l'avais préparée par des lavages vaginaux antiseptiques pendant plusieurs jours. Je dépose à l'intérieur de l'utérus le sperme recueilli immédiatement après le coït. L'opération réussit pleinement en une seule séance; les spermatozoaires paraissaient ne pas avoir eu besoin de coups de fouet pour arriver au but, étant empressés de jouer leur rôle. Le 4 février 1891, je livre aux parents joyeux un fiston vigoureux qui, avant d'être sorti de la vulve, proclamait à hauts cris l'utilité de la fécondation artificielle à laquelle il devait son être; un instant après, comme pour me remercier, il me serrait le doigt dans sa petite main pendant que j'opérais la section du cordon; je l'avais créé à coups de seringue, je le livrais au monde à coups de ciseaux.

La grossesse avait été normale et nullement compliquée; les suites furent également normales. C'est alors que j'instituai un traitement pour empêcher la reproduction des adhérences sacrées et prévenir une nouvelle rétroversion: Dans ce but, j'ai gardé la patiente dans la position horizontale pendant une tren-

taine de jours mais, par intervalles, évitant avec soin le décubitus dorsal et préférant faire coucher la patiente sur le côté et de temps à autre, sur le ventre. Lorsque l'involution utérine fut considérée complète, je fis de la faradisation pour tonifier les ligaments et appliquai un pessaire en 8 que je surveillai attentivement. Au bout d'un mois et demi, je pus enlever le pessaire et ne pas revoir le déplacement se reproduire. Cette femme est actuellement enceinte de six mois, naturellement cette fois. Elle me dit un jour, « Docteur, pouvez-vous me dire combien je vais-en avoir ? — Comment, lui répondis-je, c'est difficile cela, je vous ai mise sur la voie, mais ne sais quand vous vous arrêterez. — Mais alors, reprit-elle, tout bas, je croyais que vous pouviez en juger par la provision que vous aviez déposée dans ma matrice ». Elle croyait que j'avais compté les spermatozoaires et qu'à chacun, je suppose, devait correspondre un bébé.

OBSERVATION II. — Mon second cas, fécondé le 26 juillet 1890, était à peu près semblable au premier, mais il y avait des adhérences plus fortes de l'utérus. Craignant un avortement possible, je n'ai cédé qu'aux instances des conjoints. Mêmes précautions préalables. Grossesse un peu plus orageuse au point de vue des vomissements. Madame accoucha d'une fille le 25 avril 1891. Traitement consécutif à peu près semblable au premier.

b) Reproduction de la déviation.

OBSERVATION LXX. (Pouey).

Vierge : troubles gastriques, dysménorrhée ; rétrodéviatiou, réduction, guérison.

Jeune femme : 1^{re} grossesse, nécessite la réduction de l'utérus ; après l'accouchement, persistance de la rétrodéviatiou. — 2^e grossesse, nécessite également réduction de l'utérus ; accouchement prématuré ; reproduction de la rétrodéviatiou.

Suzanne S..., me fut envoyée en 1898 par un de mes confrères qui, ayant inutilement traité des troubles gastriques, soupçon-

na leur origine génitale. La malade, âgée de 20 ans, était fille d'un père arthritique et d'une mère nerveuse; elle éprouvait du côté de l'estomac des pesanteurs; quelques douleurs et un état nauséeux. Les menstrues se présentaient régulièrement et étaient douloureuses; elle avait de la leucorrhée et des douleurs lombaires.

A l'examen hymen intact, col utérin légèrement ectropionné; corps en rétroversion; la face postérieure œdémateuse et douloureuse à la pression; de l'orifice externe, s'écoule un mucus limpide peu abondant. — Je fis à cette jeune fille, en l'année 1898, pendant plusieurs mois deux fois par semaine des pansements intra-utérins avec de la glycérine créosotée. Dès que l'hystéromètre était au fond de l'utérus, je réduisais la rétroversion et je terminais par un léger massage fait par l'hypogastre sur le fond de l'utérus et sur sa face postérieure. — J'observais alors constamment que les sensations subjectives gastriques disparaissaient dès que j'avais réduit la rétroversion. Les fonctions digestives se firent normalement dès que l'utérus resta définitivement en place.

En 1899 au mois d'août, Mlle S..., se marie et devient Mme H., Le 9 septembre, depuis deux jours, douleur épigastrique sans vomissement; l'utérus est légèrement rétrodévié. Le 7 novembre nausées matinales; *petites douleurs dans la fosse iliaque gauche principalement post coitum*. Dernières règles le 17 septembre.

L'utérus en rétroversion paraît gravide.

Le 15 décembre: depuis un mois, Mme H..., se sent faible; elle a pâli et notablement maigri; appétit nul, vomissements bilieux, leucorrhée abondante. On trouve un col très abaissé, gros et mou, dont l'orifice externe est dilaté; corps en rétroversion; indolore et déprimant peu le Douglas. Le 31 janvier 1900, Mme H. se sent très bien; les vomissements ont cessé, utérus gravide de 4 mois passés; position normale. Accouchement au forceps dans les premiers jours de juillet 1900.

Le 8 juin 1901, je revois cette dame, après son accouchement, elle a eu des douleurs pulsatiles, à l'hypogastre et à la vulve, des nausées et de la leucorrhée. L'utérus est en légère rétro-déviatation et douloureux à la pression. Je peux d'ailleurs ramener à l'antéversion l'utérus qui glisse facilement entre les deux mains pendant l'examen bi-manuel. Pendant un mois, deux fois par semaine, réduction; pansement intra-utérin à la glycérine créosotée, massage, pessaire de Hodge. La malade se sentit tout

à fait guérie, les phénomènes subjectifs ayant disparu malgré la persistance d'une, légère rétrodéviation.

Le 3 février, 1902 : dernières règles le 12 décembre 1901; léucorrhée, nausées, salivation constante sans vomissement. *Utérus gravide de plus d'un mois en rétroversion*. Les manœuvres de réduction en position dorso-lombaire et en position déclive ne produisent aucun effet. En position genupectorale, l'utérin rebondit dès que je cesse la pression rétro-utérine; après plusieurs tentatives jé le ramène à une situation convenable; disparition immédiate de l'état nauséux et de la salivation. Le 5, 14 et 18 février, réduction en position déclive de la rétroversion qui a toujours tendance à se reproduire bien qu'atténuée. Elle garde la position déclive pendant dix minutes après chaque séance et sort toujours soulagée de mon cabinet.

Bien que la rétroversion ait disparu, elle a pendant toute sa grossesse de l'anorexie, des vomissements, une lassitude très grande. A partir du 6^e mois, douleurs utérines. Accouchement d'une fille de 2 kg. 500 le 22 septembre après 1 h. h. 1/2 de fortes douleurs.

Le 27 octobre depuis l'accouchement, écoulement sanguin; rougeur du vagin et du col et *légère rétrodéviation*. La congestion disparaît à la suite de drainages faits à la mèche de gaze laissée 24 heures en place.

OBSERVATION LXXI. (Pajot).

Il s'agit d'une dame ayant vu tous les médecins d'Europe et à qui tous, sauf Scanzoni, avaient dit qu'elle *resterait stérile*.

Pajot trouva une rétroflexion très accentuée et si manifeste qu'il n'introduisit pas l'hystéromètre. Règles normales, non douloureuses. Il conclut à la possibilité de grossesse; or la dame était enceinte de 8 à 10 jours au moment de l'examen.

Après le premier accouchement, malgré un long repos et des soins attentifs, reproduction de la rétroflexion; un second accouchement a encore lieu, suivi ultérieurement encore de la même déviation.

CONCLUSIONS

Il existe une rétroflexion primitive de l'utérus qui ne relève d'aucun élément infectieux.

Cette rétroflexion est souvent d'ordre congénital, qu'elle existe dès le moment de la naissance ou qu'elle ne se produise qu'à la puberté.

Anatomiquement, elle se produit par un ensemble de caractères qui peuvent permettre de la différencier des rétrodéviations secondaires.

Cliniquement, elle est susceptible d'entraîner des troubles : pendant la vie de la jeune fille surtout au moment de la puberté ; — et dans les premiers temps de la vie conjugale.

Elle peut enfin être la cause de complications multiples dont la principale est la stérilité qu'elle peut produire soit par la gêne qu'elle apporte à la fécondation, soit par la fréquence des avortements qu'elle est susceptible de déterminer dans les premiers temps de la grossesse.

Vu : *Le Président de la thèse,*
BAR.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

A

- Abeille.** — De la stérilité dans certains cas de déviations ou inflexions utérines (*Courrier médical*, 1877, p. 197.)
- *Guerison des déviations de l'utérus* par la myotomie utéro-vaginale ignée Paris, 1878.
- Albert E. Ely.** — *Virginal and Senile Endometritis*. Ame. J. of obst. 1898, p. 204.
- Alfieri.** — Des pessaires intrautérins et en particulier de la tige intrautérine de Petit. *Annali di Ostetrica e Ginecologia*, oct. 1907.
- Alleaume.** — *Rapports de la tuberculose génitales de la femme avec les malformations de l'appareil génital*. Th. Paris 1908.
- Alver de Lima.** — *Fréquence des lésions annexielles dans les rétrodéviations de l'utérus*. Th. Paris, 1897-98, n° 57.
- Aran.** — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1858, p. 978.
- Arrizabalaga.** — *Du traitement des rétrodéviations par la fixation de l'utérus à la paroi vaginale antérieure*. Th. Paris, 1894-95, n° 83.
- Artus.** — *Des pseudométrites*. Th. Montpellier, 1902-03, n° 40.
- Atthil.** — *Manuel des maladies des femmes* ; traduit par Lavoie. Paris, 1882.
- Auvard.** — *Traité pratique de gynécologie*. Paris, 1894.
- Troubles de l'instauration menstruelle et de la ménopause. *J. de méd. de Paris*. 1898, p. 129.

B

- Bachelier.** — *Les métrorrhagies virginales essentielles*. Th. Paris, 1898-99, n° 152.
- Bar.** — *La rétroversion de l'utérus gravide*. *J. des Praticiens*, 1910 p. 145.
- Barnes.** — *Traité clinique des maladies des femmes*. Traduit par Cordes. Paris 1876.
- Barrois.** — *Des flexions de l'utérus*. Th. Paris, 1860, n. 454.

- Barsby.** — Résultats éloignés de la ligamentopexie abdomino-utérine pour rétroversion mobile chez les femmes jeunes. — *Communic. au XXI^e Congrès de l'assoc. franç. de chir.* Paris, 1903, 5-10 oct.
- Baudouin.** — *Hystéropexie abdominale antérieure dans les rétrodéviations de l'utérus.* — Thèse Paris, 1890, n. 232.
- Baudron.** — De l'antéflexion congénitale dans ses rapports avec la stérilité et de son traitement. — *Congrès de gyn. obst. et péd.* Nantes, sept. 1904.
- Bellissent.** — *De la rétroversion utérine au point de vue de l'étiologie et du traitement.* — Th. Montpellier, 1882-83, n° 42.
- Bernutz et Goupil.** — *Clinique médicale sur les maladies des femmes.* Paris, 1860.
- Berrut.** — Rétroversion utérine; réduction et contention. — *Congrès franç. de chir. Proc. verb.* Paris, 1888, p. 454.
- Beurnier.** — *Ligaments ronds de l'utérus*; anatomie, physiologie, médecine opératoire. — Th. Paris 1883-84 n° 196.
— — Etude sur les ligaments ronds de l'utérus et sur leur raccourcissement. — *Gaz. des hôp.* 1888 p. 233.
- Bienfait.** — Les déplacements de l'utérus en arrière. — *Gaz. de gynéc.* 1897 p. 225.
- Bloch.** — Etude clinique sur la cause la plus fréquente et la moins connue des *déviation utéroannexielles* et des douleurs qu'elles engendrent. — Th. Paris 1898-99 n° 221.
- Boise.** — *Rétroversion de l'utérus*; pathologie et traitement. — *The Amer. J. of obsr. nov.* 1895.
- Bonnet.** — Des indications de l'opération d'Alexander — *Sem. gynéc.* 1896 p. 58.
- Bouilly.** — Affections chirurgicales de l'utérus. — *Encyclopédie intern. de chir.* Tome VII.
— Déviations utérines. — *Communic. au congrès de gyn. obst. et péd. de Bordeaux.* Août 1895.
— Symptômes et traitement des rétrodéviations non compliquées. — *La Gynéc.* 1896, p. 3.
— De la dysménorrhée des jeunes filles et des jeunes femmes. — *La Gynéc.* 1902, p. 193.
- Boullard.** — Quelques mots sur l'utérus. — Th. Paris, 1853, n° 87.
- Bouquet.** — L'atrophie de l'utérus. — *Rev. internat. de méd. et chir.* 1905, p. 291.
- Boureaux.** — *Du curage de l'endométrite du corps de l'utérus.* — Th. Paris, 1887-88. n° 147.
- Boursier.** — *Les flexions utérines* dans leurs rapports avec la stérilité. — Th. Bordeaux, 1902-03, n° 97.
- Boursier.** — *Précis de gynécologie.* — Paris, 1908.
- Bouton.** — *De la métrite chez les vierges.* — Th. Paris, 1886-87, n° 177.

De Bovis. — Rétrodéviations de jeunes filles et rétrodéviations de jeunes femmes. — *Sem. méd.* 1908, p. 109.

— De l'hypoplasie utérine. — *Sem. méd.* 1908, p. 459.

Brennan. — De la fécondation artificielle comme moyen de corriger certains déplacements utérins. — *Union méd. du Canada*. Montréal, 1892, p. 8.

Brin. — Prolapsus utérin chez la femme vierge. — *Arch. méd. d'Angers*. 1903, p. 514.

Briquet. — Les malformations des organes génitaux de la femme. — *Sem. gynéc.*, 1904, p. 41.

Budin. — Des rapports de l'utérus avec l'intestin au point de vue clinique. — *Sem. méd.* 1893, p. 141.

C

Carstens. — Pessaire et utérus infantile. — *Soc. Amer. d'obst. et gynéc.* Chicago, 2^e-24 sept. 1903.

— Usage du pessaire à tige pour l'utérus infantile, la menstruation rare, l'aménorrhée et la dysménorrhée. — Congrès annuel de gynéc. amér. — *Med. Record*. 31 oct. 1903.

Castan. — *Les métrorrhagies des jeunes filles.* — Th. Paris 1897-98 N° 269.

Chabry. — *De la sténose du col de l'utérus*, de son traitement et principalement de l'évidement commissural du col. — Th. Paris 1897-98, n° 334.

Chamberlain. — Notes sur les malpositions utérines. — *Acad. de méd. de N. Y.* in *Amer. J. of obst.* 1884, p. 337.

Chantreuil. — Rétroflexion de l'utérus gravide. — *Arch. de tocologie* 1879, p. 230.

Chapman. — De la masturbation dans la production des affections gynécologiques. — *Am. J. of obst.* 1883 p. 598.

Chrysaphis. — *De la curabilité de la rétroversion utérine* par la réduction et la contention mécanique sans opération sanglante. — Th. Paris 1890-91 N° 197.

Churchill et Leblond. — *Traité pratique des maladies des femmes.* — Paris 1881.

Combarieu. — *Etude sur la pathogénie de la rétroversion de l'utérus gravide.* — Th. Paris, 1884 85, n° 171.

Conétoux. — *De la rétroversion utérine à l'état de vacuité; son traitement mécanique.* — Th. Paris 1881, n° 460.

Couingt. — *Etude des coutures utérines.* — Th. Bordeaux 1902 03 n° 142.

Courty. — *Traité pratique des maladies des femmes.* — Paris 1881.

— Traitement de la rétroflexion de l'utérus. — *J. de thérapeut.* 1881 p. 281 ; 327.

D

- Dalché.** — La puberté ; ses hémorrhagies. — *J. de méd. int.* 1902 p. 106.
— Disménorrhée des jeunes femmes. — *Gaz. des hôp.* 1904 p. 108.
— La métrite des vierges. — *Arch. de thérapeut.* 15 av. 1905.
— *La puberté chez la femme.* — Paris, 1906.
— Utérus pubescent. — *J. de méd. int.* 1906 p. 154.
— Les métrorrhagies virginales consécutives à la rétroversion de l'utérus. — *La Clinique*, 1908 6 nov.
- Davezac.** — Influence de la constipation sur la rétroversion de l'utérus. — *J. de méd. de Bordeaux.* 1886-87, p. 135.
- Delanglade.** — Des prolapsus génitaux. — Rapp. au Congrès national de gyn. obst. et péd. Alger, 1^{er}, 6 av. 1907.
- Delbet.** — *Traité de chirurgie Duplay et Reclus.* — Paris, 1892
- Delpauch.** — La période prépubère. — *Presse médic.*, 17 août 1898.
- Demarquay et St-Vel.** — *Traité clinique des maladies de l'utérus.* — Paris, 1876.
- Depaul.** — Rapport sur le traitement des déviations utérines. — *Bull. Acad. de méd.* 1883-54. T. XIX, p. 907.
— Lettre à la société de chirurgie. 16 mars 1854.
- Dolérus.** — Pathogénie et traitement des déviations utérines. — *Nouv. arch. d'obst. et gynéc.* 1890, p. 32, 49, 177 et 237.
— Statique utérine et plancher pelvien. — *Id.*, 1890, p. 667.
— *Traitement chirurgical de la rétroversion* (résultats de 88 cas). — *La Gynéc.*, 1898, p. 17 et 125.
— Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par inclusion pariétale. — *La Gynéc.* 1898, p. 494.
— *Métrites et fausses métrites.* — Paris, 1902.
— Stérilité féminine ; traitement des atrésies orificielles du col. — *La Gynéc.* 1903, p. 481.
— Atrésie congénitale des deux trompes. — *Ann. de gyn. et obst.*, août 1907.
- Dolérus et Pichevin.** — *La pratique gynécologique.* — Paris, 1896.
- Duval.** — Valeur séméiologique de la douleur. *La Gynéc.*, 1896, p. 289 et 533.
- Dufraigne.** — De la rétroflexion de l'utérus. — *Th. Paris*, 1831, n° 118.
- Dührsen.** — De l'hystéropexie vaginale. — *Ann. de gyn.*, 1899, p. 48.
- Duret.** — Déviations utérines. — *Communic. au Congrès de gyn. obst. et péd. de Bordeaux*, août, 1895.
- Düvelius** (de Berlin). — Du traitement des divers genres de dysménorrhée. *Sem. méd.* 2 oct. 1895.

E

- Edward (J. Ill.).** — Déviation latérale et postérieure de l'utérus ; signification clinique et traitement.— *Brooklyn med. J.* sept. 1903.
- Emme.** — *La pratique des maladies des femmes.* Traduit par Olivier. — Paris, 1887.
- Engelmann.** — Rapports du développement mental avec le développement fonctionnel chez la jeune fille américaine.— *Ann. de gyn. et obst.* 1901, p. 30.
- Ewald.** — Ueber Bedeutung, Pathogenese und Therapie der Versioflexionen des Uterus. *Allgem. — Wien. méd. Ztg.* 1902, n° 48, 49 et 50.

F

- Fachatte.** — La puberté et les premiers troubles menstruels. — Th. Paris, 1897-98, n° 437.
- Figuiera.** — *Traitement de la rétrodéviatiou de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse.* — Th. Paris, 1902-03, n° 261.
- Fisher.** — Pratical observations on the classification, etiology and pathology of posterior displacement of the uterus.— *Méd. News.* N. Y. 1897, p. 525.
- Fothergill.** — Some flexions and versions of the uterus. — *Practitioner.* Lond. 1898, p. 491.
- Forfer.** — *Etude sur les déviations utérines*, sur les troubles réflexes consécutifs à ces déviations et de leur traitement par l'anneau pessaire. — Th. Paris, 1892, n° 30
- Fournier.** — *Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis.* — Th. Paris, 1897-98, n° 391.
- Frankel.** — *Archiv. b. gyn.* 1904, p. 438.
- Frémineau.** — *Des déviations utérines et de leur traitement.* — Th. Paris, 1862, n° 41.
- Freudenberg.** — Zur Behandlung der Retroflexio uteri. — *Deutsche méd. Wochens.* 1897, p. 479 et 497.
- Freund.** — Ueber die Indikationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben. — *Samml. Klin. Vorträge von Volkmann*, 1888, n° 323.
- Fritsch.** — *Traité des maladies des femmes.* — Traduit par Stas. Paris, 1898.

G

- Gachassin.** — *De la rétroversion de l'utérus au point de vue de la stérilité acquise.* Th. Paris, 1883-84, n° 67.
- Gaillaid-Thomas.** — *Traité clinique des maladies des femmes*, traduit par Lutaud. — Paris, 1879.
- Gallard.** — *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.* — Paris, 1879.
- Gauilleur l'Hardy.** — *Chlorose ménorrhagique* — Th. Paris, 1896-97, n° 318.
- Gény.** — *De l'emploi de l'anneau pessaire dans les rétroversions et les abaissements de l'utérus.* — Th. Paris, 1877, p. 276.
- Gilbert.** — *Etude sur l'opothérapie ovarienne.* — Th. Paris, 1898-99. n° 362.
- Godart.** — Les névroses de sexe féminin ; leurs rapports avec les troubles des organes génitaux. — *La Policlinique*, Brux. 1897, p. 497.
- Goldner** — Influence de la blessure du ligament rond au cours de la cure des hernies sur la rétrodéviatiou de l'utérus. — *Centralbl. f. Gynæk*, 1903, n° 31.
- Goldspiegel.** — Du traitement manuel des maladies des femmes selon la méthode de Thure, — Brandt. — *Arch. de Tocol*, 1889, p. 853.
- Goldspohn.** — The fate of ovaries in connexion with retroversion and retro flexion of the uterus. — *Am. J. of obst.*, N. Y., 1897, p. 439.
- Gouin.** — *Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des rétroflexions utérines.* — Th. Paris, 1876, n° 78.
- Graily Hewitt.** — De la cause excitante des attaques hystériques et hystéro-épileptiques. — Congrès internat. des Sc.méd. Londres, août 1887.
- — Des rapports qui existent entre les modifications de structure de l'utérus et les changements qui se produisent dans sa forme. — Mémoire lu au congrès de Washington, 5 sept. 1887 ; in *Ann. de gyn.* 1887, 2^e sem. p. 293.
- — Remarques sur 67 cas de déplacements utérins traités pendant 7 ans à l'institut de Tous-les-Saints. — *Transactions of the obstetrica society of London*. Vol. XXII, 1888.
- Grapow.** — L'aménorrhée et son traitement. — *Centralbl. f. Gynæk*, 1893, p. 641.
- Griziatti.** — Ipertrophia longitudinale del collo uterino da brevità congenita della vagina ; nota clinica e anatomica. — *Annali di Obst. e Ginec.* Milano, 1901, p. 761.
- Gueller.** — *Des métrorrhagies chez les jeunes filles.* — Th. Paris 1900-01, n° 447.
- Guiard.** — Pathogénie et prophylaxie des génitalités féminines post-matrimoniales. — *Sem. Gyn.* 1901, p. 12, 26 et 33.
- Guérin.** — *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.* — Paris, 1878.

- Guyon.** — *Etude sur la cavité de l'utérus à l'état de vacuité.* Th.— Paris, 1858.
- Halban.** — Schwangerschaftsreaktionen der fötalen Organe und ihre puerperale Involution. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1904 p. 2
- Handsfield Jones.** — A clinical study of the causation and treatment of cervical dysmenorrhœa. — *Brit. M. J. Lond.* 1893, p. 1103.
- Hart et Barbour.** — *Manuel de gynécologie.* Traduit par Crouzat. — Paris, 1886.
- Heinricius.** — Sur la signification pathologique de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus. — *Arch. d. Gynæk. Berl.* 1901.
- Herman.** — Relation des déplacements en arrière de l'utérus avec la menstruation douloureuse. — *Soc. obstét. de Londres*, 5 juillet 1882.
- The frequency of the local symptoms associated with backward displacement of the uterus. — *Brit. med. J. Lond.* 1893, p. 69.
- Herman E. Hayd.** — Retrodisplacement of the uterus in young girls and un married women ; their frequency and best methods of treatment. — *Amer. J. of Obst.* 1901, p. 634.
- Hertoghe** (d'Anvers). — De l'hypothyroïdie bénigne chronique ou myœdème fruste. — *Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, 1899, p. 261.
- Heschl.** — De la déviation de l'utérus chez les jeunes filles. — *Gaz. des hôp.* 1854, p. 499
- Hildebrandt.** — Leçons cliniques sur la rétroflexion de l'utérus. — *Rev. méd. chir. des mal. des femmes.* 1883, p. 61, et 125.
- Hivet.** — *Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations de l'utérus.* — Th. Paris, 1900-01, n° 348.
- Holden** (Gerry). — Dilatation et curettage dans la dysménorrhée d'après 95 cas. — *Améric. medicine*, 4 nov. 1903.
- Dysmenorrhœa as a symptom of abnormal pelvic conditions. — *Surgery, Gynecology and. obst.* Mai 1907.
- Hours.** — *Contribution à l'étude des métrorrhagies de la puberté* — Th. Paris, 1906.

I

- Iomileff.** — Stérilité. — *Arch. de tocol.* 1891, p. 137, 189, 253 et 321.

J

- Jacobs.** — Quelques affections gynécologiques traitées par le massage. — *Rev. méd. chir. des mal. des femmes.* 1891, p. 268.
- Jáyle et A. de Lima.** — Du rôle capital des lésions annexielles dans les rétroflexions douloureuses. — *Rev. de gyn. et chir. abdomin.* 1897, p. 975.

Johnstone. — Le curettage dans la dysménorrhée. — Cincinnati obst. Society. Sept. 1896. in *Amer. J. of obst.*, mars 1897.

Jonnesco. — Traitement des rétrodéviations de l'utérus. — Communiqué au 12^e congrès internat. des sciences méd. Moscou, 19-26 août 1897.

K

Keiffer. — Pathologie des déviations utérines. — *La Clinique*. Bruxelles, 1896, p. 505.

— De la ménorrhagie. — *La Clinique*. Brux. 17 juin 1899.

Kennes. — Hystéroépilepsie et rétroflexion de l'utérus. — *Ann. de la polyclin. centrale de Bruxelles*, 1902, p. 17.

Kish. — Causes et traitement de la stérilité chez la femme; traduit par Weiss. — Paris, 1888.

Kummer. — Observations anatomiques et cliniques concernant l'opération d'Alexander. — *Rev. méd. de la Suisse Romande*. Genève, 1893, p. 470.

Küstner. — Lage und Bewegungs Anomalien des uterus und seiner Nachbarorganen. — *Handbuch der Gynækologie*. 1897, T. I, p. 65.

— Traitement opératoire des rétrodéviations de l'utérus. — Congrès internat. de Genève. 31 août, 5 sept. 1896. in *Ann. de gyn.* 1896. x-vi p. 314.

L

Labadie-Lagrave. — Des névralgies pelviennes. — *Rev. génér. de chirurgie et de thérap.* 1898, p. 197.

— et Legueu. — *Traité de gynécologie*.

Labusquière. — Relations entre le colon pelvien et les organes génitaux. *Ann. de gyn. et obst.* 1908, 233.

— Traitement des rétrodéviations de l'utérus. — *Ann. de gyn. et obst.* 1894, 270.

Lacroix. — Etude sur les déviations de l'utérus à l'état de vacuité. — Th. Paris, 1876, n° 498.

Lafourcade. — Des rétrodéviations utérines. — *La Clinique*, 1906, p. 854.

Lala. — Essai sur les déplacements de l'utérus. — Th. Paris, 1857, n° 253.

Landowsky. — Des formes de l'orifice utérin dans leurs rapports avec la stérilité. — *Rev. méd. chir. des mal. des femmes*, 1882; p. 601, 675; — 1883, p. 17, 78, et 142.

Lapointe. — Signes et diagnostic des rétrodéviations de l'utérus. — *La clinique*, 29 mai, 1908.

— Le traitement non opératoire de certaines rétrodéviations de l'utérus. — *La Clinique*, 1908, n° 28.

- Laphorn Smith.** — L'importance des rétrodéviations de la matrice. — *Union méd. du Canada*, Montréal, 1900, p. 97.
- Laroyenne.** — Des métrorrhagies des jeunes filles justiciables d'un curetage. — *Lyon méd.*, 1896, p. 277.
- La Torre.** — Les affections utérines des vierges. — *Bolletino del a Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma*, 1897, fas. 2.
- Lavergne.** — Contribution à la pathogénie et au traitement de la stérilité chez la femme. — Th. Paris, 1892-93, n° 434.
- Lazarewitch.** — Déviations latérales congénitales de la matrice. — *Ann. de gyn.*, 1885, 2^e s. p. 1.
- Le Dentu.** — Sur un signe de la rétroflexion et de la rétroversion de l'utérus. — *Gaz. méd. de Paris*, 1892, p. 241.
- La crête médiane postérieure du corps de l'utérus envisagée comme signe de rétrodévation. — *Bull. Soc. de chir.*, 1895 p. 214.
 - Du traitement des rétrodéviations. *Bull. méd.*, 1894 p. 781.
 - Des rétrodéviations. — *Sem. gynéc.*, 1901 p. 49, 57, 63, 73 et 89.
 - De la rétrodévation utérine. — *Presse méd.*, 1906 p. 113.
- Lefèvre.** — Une forme commune de stérilité chez la femme et son traitement. — Th. Paris, 1898-99 n° 92.
- Lefour.** — Tiges intra-utérines. — *Sem. gynéc.*, 1897 p. 193, 203.
- Lefour et Péry.** — Rétroversion partielle de l'utérus gravide et hypertrophie sous-vaginale du col. — *J. de méd. de Bordeaux*, 1909 p. 150.
- Lejars.** — Note sur les malformations des organes génitaux de la femme *Sem. gynéc.*, 1904 p. 89.
- Atésie congénitale de la trompe gauche. — *Ann. de gyn. et obst.*, 1907, p. 468.
- Le Lorier.** — Contribution à l'étude de l'anénorrhée primitive. — Th. Paris 1903-04 n° 263.
- Loukashevitch.** — Transplantation des ovaires ; étude expérimentale. *Wratsh.*, 1901 n° 29.
- Lutaud.** — La fécondation artificielle ; les postures pendant le coit. — *J. de méd. de Paris* 1889 p. 10, 21 et 40.

M

- Mackenrodt.** — Die vesicofixatio-utéri. — *Berliner klin. Wochensch.*, 1896 p. 1006, 1116.
- Macrez.** — Tonicité utéro-pelviennne et rétrodévation. — *La Gynéc.*, 1909 p. 31
- Madden.** — Des déplacements de l'ovaire. — *Acad. de méd. d'Irlande*. Séance du 8 janv. 1886.
- Malgaigne.** — Discussion sur le traitement des déviations utérines. — *Bul. Acad. de méd.*, 1853-54 T. XIX.

- Maurique.** — *Essai sur l'opération d'Alexander.* — Th. Paris 1885-86 n° 150.
- Marchais.** — Sur le rôle de l'utérus dans la constipation, — *Gaz. des hôp.* 1903 n° 151.
- Marx.** — La colpocèle postérieure profonde et son traitement. — Th. Paris. 1889-90, n° 198.
- Martin.** — *Traité clinique des maladies des femmes.* Traduit par Varnier et Weiss. — Paris 1889.
- Matheson.** — Des déviations de l'utérus et de l'emploi des pessaires. — *Arch. de tocol.* 1886 p. 769.
- Mathez.** — *Des résultats éloignés de la stomatoplastie* par évidement commissural du col de l'utérus. — Th. Paris, 1904-05 n° 524.
- Mauchaire.** — Considérations sur le moulage de 60 cavités utérines normales et pathologiques. — *Ann. de gyn. et obst.* 1897 p. 208
- Prolapsus ovariens douloureux traités par l'hystéropexie et la transposition ovarienne antéligamentaire. — *Sem gyn.* 1903 p. 273 et 281.
- Trois cas de stomatoplastie du col utérin. — *Ann. de gyn. et obst.* fév., 1904.
- Merlet** — *De l'hystéropexie vaginale pour les rétrodéviations utérines.* Th. Paris, 1898-99, n° 359
- Mistral.** — *Essai clinique sur les troubles de la menstruation.* — Th. Paris, 1884, n° 290.
- Morau.** — La colite mucomembraneuse chez les utérines. — *France méd.* 1897, p. 4
- Moret.** — Métrite ; prolapsus utérin et rétroversion chez une vierge. — *Union méd. du Nord-Est.* Reims 1892 p. 47.
- Muller** — *De la toux utérine.* — Th. Paris 1886-87, n° 274.
- Müller.** — *La paramétrite postérieure est une maladie de l'intestin* — *Centralbl. f. Gynæk.* 1902 n° 9.
- Mundé.** — Prolapse of the ovaries. — *Gynecological transactions* IV. N. Y. 1880.
- De la curabilité des déplacements utérins. — *Amer J. of obst.* 1881 p. 789.
- Muret.** — Du rôle du système nerveux dans les affections gynécologiques. *Rev. méd. de la Suisse romande.* 20 juin 1893.
- Anomalies congénitales et acquises des organes génitaux de la femme. *Rev. méd. de la Suisse romande.* 20 mars 1902.

N

- Naulleau.** — *Ligamentopexie ; procédé de Beck.* — Th. Paris, 1899-00 n° 106.
- Néel.** — Essai sur l'étiologie et le traitement du prolapsus utérin chez les vierges et les nullipares. — Th. Bordeaux, 1903-04, n° 66.
- Netter.** — *Des rapports de la chlorose avec la menstruation et des troubles de la menstruation au cours de la chlorose.* Th. Paris, 1902-03 n° 10.

Neugebauer. — Rétroversion utérine et appendicite. — *Centralbl f. Gyn.* 1903, p. 831.

Noble. — Les causes des maladies des femmes. — *The J. of the Amer. Med. Assoc.* 1893.

— Sur la dysménorrhée. — Soc. d'obst. de Philadelphie, 2 janv. 1896, in *the Amer. Gyn. et obst. J.* fév. 1896.

Norström. — *Le massage de l'utérus.* — Paris, 1889.

O

Olshausen. — Ueber retroflexio uteri. — *Verhand. d. deutsch. Geselch f. Gyn.* Leipz. 1897, p. 44, 59. *Semaine méd.* 1897, p. 224.

— du traitement des rétrodéviations utérines. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1903, p. 1

— Contribution à l'étude de la rétroflexion utérine puerpérale. — *Centralbl. f. Gyn.* 4 janv. 1908.

Oui. — Causes de la rétroversion de l'utérus gravide. — *Rev. prat. d'obst. et de ped.*, 1894, p. 321.

Ozenne. — De la colite pseudo-membraneuse chez les utérines. — *Gaz. de Gyn.* 1895, p. 49.

P

Pajot. — De l'étroitesse des orifices utérins dans ses rapports avec la dysménorrhée et la stérilité. — *Ann. de Gyn.* 2^e sem., 1880, p. 401.

— Travaux d'obstétrique et de gynécologie. — Paris, 1882.

Palmer. — Le curettage dans la dysménorrhée. — Cincinnati obstét. Society, sept, 1896. in *Amer. J. of obstr.*, mars 1897.

Panas. — Recherches cliniques sur la direction anormale de l'utérus chez la femme adulte. — *Arch. gén. de med.*, 1869, p. 174.

Parrical de Chammard. — De la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus ; de leurs traitements. — Th. Paris, 1876, n° 360.

Penrose. — Erosions et ulcérations du col de l'utérus. — *The Amer. J. of the med. Sciences*, mai 1896.

Périchon. — Contribution à l'étude du traitement opératoire des rétrodéviations de l'utérus. — Th. Paris, 1899-1900, n° 342.

Petit. — Réflexions cliniques et opératoires sur 66 cas de déviations utérines. — *Sem. Gyn.*, 1896, p. 233.

Piachaud. — Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité. — Th. Paris, 1852, n° 76.

Picard. — Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité. — Th. Paris, 1862, n° 58.

- Pichevin.** — Pathogénie et traitement des déviations utérines. — *Sem. Gyn.*, 1897, p. 281, 289.
- Des paraplégies d'origine génitale. — *Sem. Gyn.*, 1900, p. 239.
- Les rétrodéviations chez les jeunes mariées. — *Sem. Gyn.* 1906, p. 137.
- Des troubles urinaires dans les déviations de l'utérus en arrière. — *Sem. gyn.*, 1908, p. 233.
- Traitement de la rétrodévation utérine par les pessaires. — *Sem. gyn.* 1910, p. 49, 57.
- Picqué.** — Du traitement de la rétroflexion utérine en général et de la rétroflexion adhérente en particulier. — *Rev. génér. de clin. et de therap.* 1889, p. 20, 35.
- Pierra.** — Contribution à l'étude de la congestion utérine primitive chez les arthritiques nerveuses. — *La Gynéc.* juin, 1904.
- Piquantin.** — Des déviations utérines considérées comme obstacle à la fécondation. — *Th. Paris*, 1873, n° 323.
- Pozzi.** — Traité de gynécologie. — Paris, 1890.
- Traitement chirurgical de certaines causes de stérilité. — *Communic. au 11^e congrès intern. des sciences méd. Rome*, 29 mars, 5 av. 1894.
- Des indications du traitement opératoire dans les rétrodéviations de l'utérus. — *Rev. de gyn. et de chir. abdomin.* 1897, p. 387.
- Utérus fibromateux infantile avec des ovaires normaux. — *Soc. d'obst. gyn. et péd.* 10 fév. 1902.
- Pouey.** — Quelques observations de rétrodéviations gravidiques. — *La Gynéc.* 1903, p. 121.
- Puech.** — De l'utérus pubescent. — *Ann. de gyn. et obst.*, 1874 I. p. 278 et 446

R

- Racoviceanu.** — Des indications opératoires dans les rétrodéviations chroniques de l'utérus. — *Th. Paris*, 1888-89, n° 181.
- Rapin.** — Rétrodeviation utérine ; nouvelle méthode de réduction ; nouveau pessaire combiné. — *Rev. méd. de la Suisse romande.* Genève, 1894, p. 409.
- Reboud.** — Sur un cas de colite mucomembraneuse chez la femme. — *J. de méd. de Paris*, 30 oct. 1898.
- Reclus.** — Le prolapsus utérin des nullipares. — *Gaz. des hôp.* p. 351.
- Reilhac.** — De la régularisation de la menstruation par le mariage et la grossesse. — *Th. Paris*, 1898-99, n° 414.
- Richelot.** — La rétroversion utérine. — *Union méd.* 1891, p. 289, 337.
- — Nature et traitement de la rétroversion utérine. — *Arch. de Gyn et obst.* Nov. 1898, p. 325.

- Traitement des rétrodéviations utérines. — *Sem. gyn.* 1903, p. 276, 281 et 291.
- Robershon.** — Etiology and treatment of retrodeviations of the uterus. *Amer. Medicine.* Phila. 1903, p. 373.
- Rosenthal.** — Etude sur certaines conditions influençant le résultat du traitement chirurgical de la rétroversion utérine. — *Amer. Méd. Assoc.* 13 juin 1897, in *Méd. News*, 5 juin 1897.
- Rousseau.** — De l'emploi de la suggestion hypnotique dans un cas d'arrêt de développement pubère. — *Encéphale.* Paris, 1887, p. 587.
- Rouvier.** — Des mariages précoces et de leurs conséquences. — *Ann. de gyn. et obst.* 1889, I. p. 183.
- Runge.** — Contribution à l'étiologie et au traitement de la stérilité chez la femme. — *Arch. f. Gynæk.* 1909, p. 3.

S

- Sabrazès et Muratel.** — Malformations génitales et aménorrhée sans chlorose. — *Gaz hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.* 1904, n° 43.
- Sabrazès Muratel et Vidal.** — Le sang des aménorrhéiques par malformations génitales : deux nouveaux cas. id. 1906, n° 1.
- Scanzoni.** (von). — Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme. Traduit par Dor et Socin. — Paris, 1858.
- Schæffer.** — Untersuchungen über Anomalien der Placentar Structur hypoplastischer Uteri und deren Folgen — *Arch. f. Gynæk.* 1905, P. 1.
- Schamraïeff.** — Matériaux pour juger de la valeur de la méthode de Thure-Brandt comme procédé thérapeutique en gynécologie — *J. russe d'obs. et gyn.* août, sept. oct. 1896.
- Schmid.** — *Métrorragies et métrite hémorrhagique.* — Th. Paris, 1893-96, n° 453.
- Schroeder.** — *Maladies des organes génitaux de la femme.* Traduit par Lanwers. — Bruxelles, 1890.
- De l'étiologie et du traitement intra-utérin des anté et rétrodéviations de l'utérus. — *Rev. méd. chir. des mal. des femmes.* 1883, p. 200, 252.
- Schultz.** — Etiologie et pathologie de la dysménorrhée. — *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* T. XIX 1904.
- Schultze.** — Traité pratique des déviations utérines. Traduit par Hergott. Paris, 1884.
- Rétroversion et rétroflexion de l'utérus. — 7^e congrès de la Soc. allem. de gyn. Leipzig 9-11 juin 1897. *Sem. méd.* 1897 p. 223.
- Schwartz.** — Du traitement des déplacements et des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds. — *Rev. de chir.* 1889 p. 831.

- Note sur deux observations de rétroflexion utérine : utérus à ressort et utérus gravis. — *Ann. de gyn. et obst.* oct. 1894 p. 241.
- *Traité de chirurgie.* (Le Dentu et Delbet). Paris 1901.
- Sidky.** — De la rétroflexion de l'utérus, ses moyens de diagnostic, son traitement. — *Montpellier méd.* 1877. 2^e série p. 193.
- Sielski.** — Die rétroflexions-streiftfrage. — *Centrabl. f. gyn.* 1898, p. 890.
- Simoès.** — Des rétroversions mobiles ; de leur traitement par l'opération d'Alquié-Alexander. Th.— Paris, 1896-97 n° 248.
- Sims (Marion).** — *Notes cliniques sur la chirurgie utérine* dans ses rapports avec le traitement de la stérilité. — Traduit par Lhéritier. — Paris, 1866.
- Sinéty (de).** — *Manuel pratique de gynécologie.* — Paris, 1879.
- Siredey (F) et Danlos.** — Art. Utérus *Dictionnaire de méd. et chir. pratiques.* — Paris. 1885 p. 738.
- Siredey (A.)** — *Traité de médecine* (Brouardel et Gilbert).
- L'hygiène des maladies de la femme. — Paris, 1907.
 - La congestion utérine ; ses variations et leur traitement. — *J. de méd. interne.* 1902, p. 51.
 - Les ménorrhagies essentielles des jeunes filles. — *J. de méd. et de chir. pratiques.* 1897, p. 852.
- Sokoloff.** — Influence de la castration ovarienne sur la structure de l'utérus *Arch. f. Gynæk.* 1896, 51.
- Solé.** — Contribution à l'étude des troubles nerveux dans les rétrodéviations utérines. — *Presse méd. belge. Brux.* 1902, p. 296.
- Stapfer.** — *Traité de Kinésithérapie gynécologique.* — Paris, 1897.
- Stolper.** — Sur la dysménorrhée. — *Wiener méd. Wochensch.* 1904, p. 7, 14, 21.

T

- Tarnier.** — Vice de conformation du col. — *J. des sage-femmes.* Paris, 1891, p. 217.
- Terrier.** — Trois observations de ventrofixation pour rétroversion utérine douloureuse avec ou sans ablation des annexes. — *Bull. Soc. de chir.* 1889, p. 46.
- Terrillon.** — Rétroversion et rétroflexion de l'utérus. — *Leçons de Clinique chirurgicale.* Paris, 1889, p. 97.
- Rétroflexion de l'utérus, hystéropexie. — *Bull. gén. de thérap.* 1892, p. 193.
- Theilhaber.** — Ueber retroflexio uteri. — *Verhandl. der deutsch. Geselch. f. Gynæk.* Leipz. 1897, VII 101-163.
- Zur klinischen Bedeutung der retroflexio uteri. — *München med. Wissensch.* 1902, p. 1264.

- Thévenot.** — De la rétroflexion de l'utérus chez les femmes récemment accouchées. — *Ann. de gyn. et obst.* 1880. 2^e s. p. 337.
- Tillaux.** — De la rétroflexion utérine. — *Ann. de gyn. et obst.* 1889, I. p. 13.
- Tobler (Marie).** — Ueber primäre und secundäre Dysmenorrhœe. — *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* 1907, Bd XXVI ft 6.
- Tomasso Isidori.** — Les métrorrhagies au point de vue du diagnostic et du traitement. — *La Clinica Ostetrica*, juin 1908.
- Touvenaint.** — De la colite muco-membraneuse chez les utérines. — *Rev. internat. de méd. et de chir. pratiques*, 1895, p. 264.
- Trélat.** — Des rétroversions et rétroflexions adhérentes de l'utérus et de leur traitement. — *Sem. méd.*, 1888, p. 261.
- Triare.** — Rétroflexion chronique de l'utérus. — *Gaz. des hôp.*, 1889, p. 560.

V

- Vaille.** — Contribution à l'étude anatomique, pathogénique et clinique des rétrodéviations utérines. — Th. Paris, 1906.
- Valleix.** — Leçons cliniques sur les déviations utérines. — *Gaz. des hôp.*, 1852, p. 213, 218, 225, 245, 276, 286, 317, 361, 377, 406, 421, 459, 490, 529, 545, et *Gaz. des hôp.*, 1854, p. 186, 194, et 198.
- Vallin.** — Situation et prolapsus des ovaires. — Th. Paris, 1887.
- Vedeler.** — Rétroflexio uteri hos nulliparæ. — *Norsk. Mag. tf. Løgevidensk.* Christiania 1879 p. 989.
- Velpeau.** — Leçons sur les maladies des femmes. — *Gaz. des hôp.* 1843 p. 314, 326, 338, 350, 359, 370, 385, 394.
- Vérin.** — Contribution à la métrorrhagie dans le rétrécissement mitral. — Th. Paris 1893-94 n° 348.
- Villatte de Peuffeilhoux.** — Sur la métrite chez les vierges et les nullipares. — Th. Paris 1894-95 n° 337.
- Vineberg.** — Sterility due to abnormal conditions of the uterus. — *Med. News* N. Y. 1904 p. 54.
- Vinot.** — De la douleur dans les rétrodéviations utérines. — Th. Paris, 1898-99. n° 33.
- Vouzelle.** — De la colite mucomembraneuse. — Th. Paris, 1899.
- Winckel (von).** — Ueber die Eintheilung, und Benennung der Bildungshemmungen der Weiblichen Sexualorgane. — Sammlung klinischen Vorträge sept 1893.
- Winter.** — Ueber Retroflexio utéri. — *Verhand. d. deutsch. Geselch f. Gyn.* Leipz. 1897 VII 66-78.
- Wintrebert.** — Contribution à l'étude de la stérilité. — *Arch. de tocol.* 1880, p. 80.
- Wormser.** — Sur Klinischen Bedeutung der Retroflexio-uteri. — München med. Wochensh. 1902 p. 1144.

ANGOULÈME

IMPRIMERIE L. COQUEMARD ET C^{ie}

